

弊社ご利用のきっかけは？

☐ カタログを見て

☐ HPを見て

☐ 知人の紹介

☐ その他( )

|                                                    |  |                                                                                                                                                                                |   |             |          |
|----------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------|----------|
| フリガナ                                               |  | 住所                                                                                                                                                                             | 〒 |             |          |
| 担当者<br>氏名                                          |  |                                                                                                                                                                                |   |             |          |
| TEL                                                |  | 携帯電話                                                                                                                                                                           |   | 連絡可能<br>時間帯 | : ~<br>: |
| デザイン確認用 FAX番号<br>または E-Mailアドレス<br>※必ずどちらかご記入ください。 |  | <input type="checkbox"/> 担当者 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他( 様) ※メールで確認ご希望の方は、弊社からのメールが受信できるよう迷惑メールのブロック解除のご協力をお願いいたします。 |   |             |          |

|                 |  |    |                     |                  |                             |
|-----------------|--|----|---------------------|------------------|-----------------------------|
| 学校<br>会社<br>団体名 |  | 住所 | 〒                   |                  |                             |
| TEL             |  |    | クラス<br>クラブ名<br>(学生) | 担任<br>顧問<br>(学生) | ※お届け先が学校の場合必ずご記入ください。<br>先生 |

配達日指定を以下より選び ☒ を付け、日付指定をご記入ください。 ※ご記入がない場合2週間ほどでお届けになります。

☐ 指定した日にお届け

☐ 指定した日までならいつでもOK

早割 ☐ 使用する ☒ 使用しない

超早割 ☐ 使用する ☒ 使用しない

※学校・会社等への時間指定はできません。また、土日祝祭日のお届けもできません。  
※交通事情等により必ずしもご希望通りにお届けできない場合があります。

月 日

☐ 時間指定無し ☐ 午前中 ☐ 12時～14時 ☐ 14時～16時  
☐ 16時～18時 ☐ 18時～21時

ご使用日 月 日

ご使用目的 ☐ イベント ☐ その他 ☐ ユニフォーム

お届け先をお選びください。 ☐ 担当者ご自宅 ☐ 学校 ☐ 会社 ※左記以外の住所に配達希望の方は備考欄に住所・氏名・電話番号をご記入ください。

今回のご注文について以下より選び ☒ を付け、年月をご記入ください。(わかる範囲で結構です)

☐ 初めて注文します

☐ 団体もしくは担当者が以前アイシスを利用したことがあります

☐ 前回作成した追加分の注文です

前回の注文は 年 月 頃

| 商品No. |  | 120 | 130・JS | 140・JM | 150・JL | 160・XS・SS | S | M | L | XL・LL・2L | XXL・3L |   | 合計 |
|-------|--|-----|--------|--------|--------|-----------|---|---|---|----------|--------|---|----|
| 生地色   |  | 枚   | 枚      | 枚      | 枚      | 枚         | 枚 | 枚 | 枚 | 枚        | 枚      | 枚 | 枚  |

備考欄

プリント位置指定 ※チェックを入れて、どの位置にプリントするかお知らせください。



| プリントカラー 前面 | 背面   | そで・わき・タオル・他                                  |
|------------|------|----------------------------------------------|
| 1色目        | 1色目  | 1色目                                          |
| 2色目        | 2色目  | 2色目                                          |
| 3色目        | 3色目  | 合計 色                                         |
| 合計 色       | 合計 色 | ※1箇所目と2箇所目のインクが同じでも、プリント箇所が異なる場合は「計2色」となります！ |

特殊加工

※リフレックスラメ・発泡プリント・ダメージプリントはベース色と併せて1色扱いとなります。

プリント 記入例

Reflex Lamé) ピンク リフレックスラメ (金) 発泡) レッド 発泡 ダメージ) チョコレート ダメージ Flash Beam) ゴールドフラッシュビーム シルバーフラッシュビーム

ベース色 特殊加工 ラメの色 ベース色 特殊加工 ベース色 特殊加工