



# 社名プリント申込書

ソリマチ株式会社サプライセンター 行

**FAX:0258-31-0185**

お客様コード																		
シリアルNo. 左詰でご記入 ください。															お申し込み日	年	月	日
ご住所	フリガナ 〒 都 道 府 県																	
会社名	フリガナ																	
部署名						ご担当者												印
電話番号						FAX番号												
プリンター機種						プリンター型番												

下記のとおりに注文します

<input type="checkbox"/> 新規:初めての注文		<input type="checkbox"/> 追加:2度目以降		<input type="checkbox"/> 製品コード:2度目以降の方のみ記入	
品番	品名	種類	製品コード	枚数	金額(税抜価格)
SR		新規・追加 変更(有り・無し)		枚	円
社印印刷料金 (有り・無し)				枚	円
社名プリントは、下記のとおりお願いします。 (2度目からは変更があった時のみです)			版下料金	指定文字・ロゴ	円
				社 印 印 刷	円
			合計		円
<p>※本カタログ記載の価格は税抜価格です。別途消費税がかかります。</p> <p>※社名プリントサービスは10%OFF(バリューサポートにご加入の方)の対象外とさせていただきます。</p> <p>※版下料金は、2度目以降で変更がなければ無料です。</p> <p>※変更有りの追加注文は、実物コピーに直接訂正記入し、添付してください。</p>					

<input type="checkbox"/> ゴシック体 <b>ソリマチ株式会社</b> 〒141-0022 東京都品川区東五反田3-18-6 ソリマチ第8ビル TEL03-5475-5301 FAX03-3446-0252	<input type="checkbox"/> 明朝体 <b>ソリマチ株式会社</b> 〒141-0022 東京都品川区東五反田3-18-6 ソリマチ第8ビル TEL03-5475-5301 FAX03-3446-0252	<input type="checkbox"/> 丸ゴシック体 <b>ソリマチ株式会社</b> 〒141-0022 東京都品川区東五反田3-18-6 ソリマチ第8ビル TEL03-5475-5301 FAX03-3446-0252
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※文字サイズは、印刷する字数、書体によって変わります。あらかじめご了承ください。

備考欄
-----

お問い合わせ先：ソリマチ株式会社サプライセンター

**TEL : 0258-36-5045**

[受付時間] 9:00～17:00 ※土・日・祝日および弊社指定日を除く

**FAX : 0258-31-0185**