

注文依頼書

PDFデータです。プリントして必要事項を記入の上ご注文下さい。(株)富士企画 FAX03-3800-2720

① 貴社名 _____ 様		ご担当者 _____ 様		② 入稿日時 月 日 AM/PM 時	
Tel. _____ 〒 _____		_____		希望納期 月 日 AM/PM 時	
Fax. _____ 住所 _____		_____		⑥ 納品	
携帯 _____		_____		<input type="checkbox"/> ご来社 <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> レターパックライト (準速達) <input type="checkbox"/> レターパックプラス (速達)	
③ 入稿メディア <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> インターネットディスク		④ 出力用材 <input type="checkbox"/> 印画紙 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> インクジェット <input type="checkbox"/> プリモジェット <input type="checkbox"/> 大判ゲラ		⑥ お支払い方法	
⑤ 使用アプリケーション <input type="checkbox"/> イラストレーター <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> その他 Ver. _____				<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> コレクト(代引)	
⑦ ファイル名	⑧ 色数	⑨ サイズ	⑩ 線数	⑪ イメージ	⑫ 膜面
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下
	C・M・Y・K 特色 計 枚	A4・B4・A3・B3 A2・B2・A1・B1・A0	65・85・100・133 150・175・()	ポジ・ネガ	膜上・膜下

出力

備考 ※その他注意する点等ございましたらご記入下さい (オーバープリントの指定等)