

↑ FAX送信方向

薬袋作成注文書 **リピート専用**

HAL使用欄

H

この注文書をご記入の上、FAXしてください → FAX.084-962-3021

前回注文日

月

日

- お手数ですが、1種類につき、1枚お書きください。
- 薬袋工房HALの「サイト利用規約」を承諾の上、申込みください。
- お作りした「薬袋作成」のお客様都合によるキャンセル・返品はお受けできません。
- 版下の保管期間は最後のご注文日から1年間とさせていただきます。

●郵送の場合、見本到着日が注文日になります。

■○をつけてください



リピート変更なし



リピート変更あり

貴社名

ご担当者(カタカナ)

ご登録電話番号 () -

■発送日 ※お選びください。

6

・ 7

営業日

■枚数

0

0

0

枚

■ご注文金額(税込)

0

円

▼変更のある方は、変更箇所に○をしてください

■サイズ・袋の形状

※1種類お選びください。

A6

10X14.3
(cm)

S-1

S

12X16
(cm)

S-2

B6

12.5X18
(cm)

S-3

M

12.5X21
(cm)

S-4

A5

15X21
(cm)

S-5

■仕上げ方法 ※各1種類お選びください。

フラップ

K-1

指めき

K-2

センター貼り

J-1

サイド貼り

J-2

■ネームレイアウト

※1種類お選びください。

N-1

N-2

N-3

N-4

オリジナル

■表面デザインを1つお選びください

※下記のサンプルはホームページの「ご注文の手順」のページで見れます。
※現在ご使用中のロゴマークを入れることができます(【DO-7】に○して下さい)。この専用注文書と一緒に見本をご郵送ください。

DO-1

DO-2

DO-3

DO-4

DO-5

DO-6

DO-7

DO-8

DO-9

DO-10

DO-11

DO-12

DO-13

DO-14

DO-15

DO-16

DO-17

DO-18

DO-19

DO-20

DO-21

DO-22

オリジナル

■裏面デザイン

※必要な方は○をしてください

DU-1

DU-2

DU-3

■書体

※1種類お選びください。

明朝体

TY-1

角ゴシック

TY-2

ポップ体

TY-3

毛筆体

TY-4

丸ゴシック

TY-5

楷書体

TY-6

■刷色

※1種類お選びください。

緑

COL-1

赤

COL-2

紅

COL-3

紺

COL-4

紫

COL-5

黒

COL-6

青

COL-7

茶

COL-8

橙

COL-9

草

COL-10

濃紺

COL-11

こげ茶

COL-12

■お支払い方法

※どちらかをお選びください。

郵便振替(先払い)

代金引換

※郵便振替の場合、入金確認後に商品の製作にかかります。
※振込の際の手数料はご負担ください。
※代金引換の場合、代引き手数料260円は、お客様のご負担となります。

■備考(通信欄)

〒720-2124 広島県福山市神辺町川南693-5 mail:info@hal-y.com

お問い合わせ先 TEL.084-965-6765 FAX.084-962-3021

薬袋工房 HAL <ハル>

FAX 084-962-3021