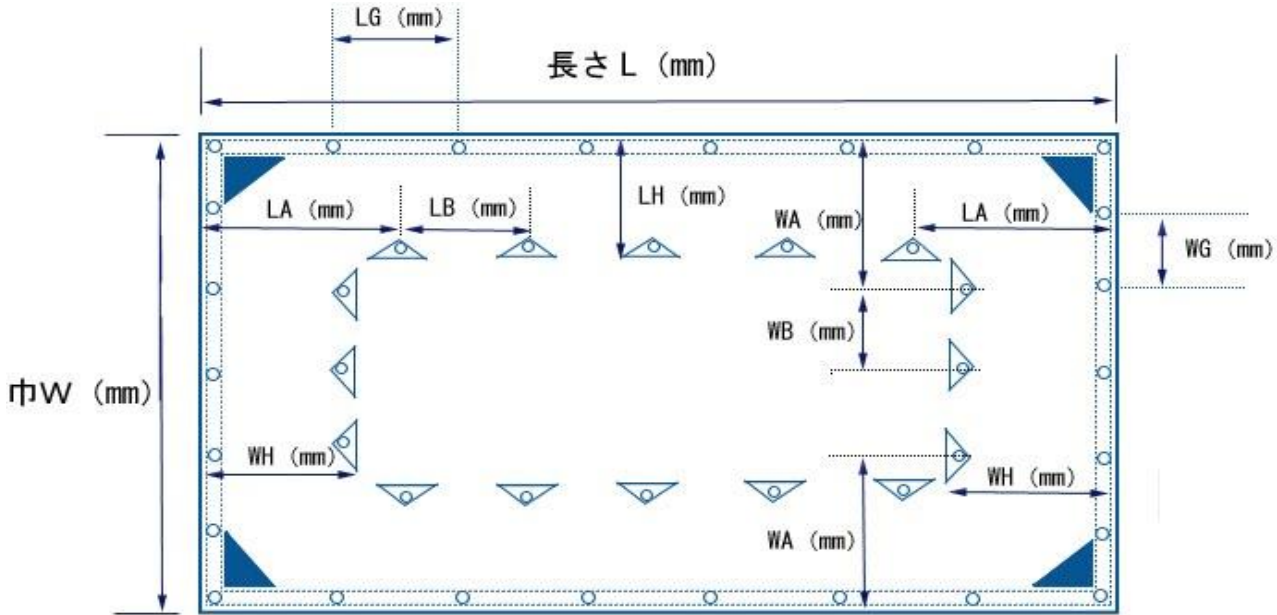


トラックシートオーダーFAX用紙

プリントアウト致しましてFAXにて下記番号へ送付お願い致します。

長門テント店 トラックシート専門店 SHEET@SHOP 宛

FAX 0185-54-9401 (24時間OK)



●シートの寸法をご記入ください。

	①	②
1 巾 W (mm)		
2 長さ L (mm)		
3 巾方向グロメットピッチ WG (mm)		
4 長さ方向グロメットピッチ LG (mm)		
5 長さ方向ポケット長さ (仕上りから1つ目のポケット距離) LA (mm)		
6 長さ方向ポケットピッチ LB (mm)		
7 長さ方向ポケット高さ LH (mm)		
8 長さ方向ポケット個数 (片側分の個数) 例 (上図の場合 5個)		
9 巾方向ポケット長さ (仕上りから1つ目のポケット距離) WA (mm)		
10 巾方向ポケットピッチ WB (mm)		
11 巾方向ポケット高さ WH (mm)		
12 巾方向ポケット個数 (片側分の個数) 例 (上図の場合 3個)		
13 シートの色相は? (マルをしてください) (お見積りの方は複数可)		
NT-10 グリーン色	NT-T30 ライトグリーン色	NT-T90 ブルー色
NT-10 OD色	NT-T30 シルバー色	NT-T90 スカイブルー色
NT-20 グリーン色	NT-L40 ダークグリーン色	NT-T90 赤色
NT-20 OD色	NT-T90 黒色	NT-T90 黄色
14 シートの枚数は?	枚	枚

注 ペケットが不要な方は1番~4番及び13番・14番をご記入ください。

依頼内容	見積依頼 発注 (どちらかにマルをしてください)
通信販売法に基づく表記を	読みました。 読みませんでした。 (どちらかにマルをしてください)
支払い方法	先払い銀行振込 代金引換払い (ご発注の方はマルをしてください)
会社名 (必須) 個人様は会社名は不要です	会 社 個 人 (どちらかにマルをしてください)
お名前・ご担当者名 (必須)	
ご住所 (必須)	〒 ー
電話番号 (必須)	
FAX 番号 (必須)	
E-MAIL	

注 通信販売法に基づく表記をお読みにならない方はご購入できません。

備考

お見積書を作成し、FAXまたはメールにてご連絡差し上げます。
お問い合わせありがとうございました。