

抗菌手袋ご注文書

必要事項を記入し、FAXにて送信してください。

お名前（団体名）	
郵便番号 / ご住所	
電話番号	
FAX 番号	
E メールアドレス	

ご希望の手袋の欄に数量（双）をご記入ください。

	茶	ピンク	グレー	ベージュ
婦人用				
	クロ	コン	グレー杳	ベージュ
紳士用				

※オーダーメイドでの作成も可能です。ご希望の方は、別途備考欄にご記入ください。

備考（ご要望などがありましたら、ご記入ください。）

FAX注文 0563-52-1513

大辰株式会社

携帯：090-4864-0994 TEL：0563-52-1511
〒445-0006 愛知県西尾市小島町郷前 111

ご注文ありがとうございます。内容を確認し、折り返し連絡させていただきます。