

## FAX お問い合わせシート

必要事項をご記入ください。 ※は必須入力です。

お名前 ※	姓	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	名	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	姓(かな)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	名(かな)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
郵便番号 ※		<input style="width: 90%;" type="text"/>
ご住所 ※		<input style="width: 90%;" type="text"/>
電話番号 ※		<input style="width: 90%;" type="text"/>
メールアドレス ※		<input style="width: 90%;" type="text"/> 確認のため、もう一度入力してください。 <input style="width: 90%;" type="text"/>
ご希望商品 ※		<input style="width: 90%;" type="text"/>
オプションのご希望 ※	カラー	<input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> ピンク <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> グリーン <input type="checkbox"/> イエロー <input type="checkbox"/> ブラウン
	印刷	<input type="checkbox"/> フルカラーインクジェット印刷 <input type="checkbox"/> インクジェット印刷
数量 ※		<input style="width: 90%;" type="text"/>
ご希望納期 ※		<input style="width: 90%;" type="text"/>
その他ご要望		<input style="width: 90%; height: 50px;" type="text"/>

入力内容をご確認下さい。

ご記入にあたり、個人情報保護方針をご一読いただき、内容にご同意頂いた上でご記入、ご送信くださいますようお願い申し上げます。

**FAX宛先:**  **0120-563-899 (FAX専用フリーダイヤル)**