

(株)道継 行 鞆オーダーシート/鬼越財布 ご注文日 / /

フリガナ

お客様名 _____ 様

(FAX - -)

受注店舗名 _____ (TEL - -)

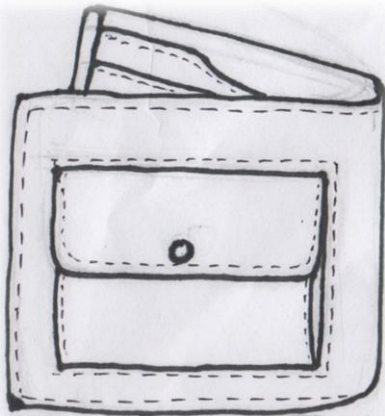
(受注担当者様 _____)

主材料	記号	革名称	色名	糸色	金額
革				<input type="checkbox"/> 同色	¥
				<input type="checkbox"/> 同色	¥
裏材				<input type="checkbox"/> 同色	¥
				<input type="checkbox"/> 同色	¥
金具色 <input type="checkbox"/> ゴールド <input type="checkbox"/> シルバー <input type="checkbox"/> アンティークゴールド					¥
合計					¥

	番号	内容	寸法	備考	金額
その他 オプション					¥
					¥
					¥
					¥
					¥
					¥
合計					¥

希望納期

※受注状況によりご希望に添えない場合がございます



備考 ご自由にご記入ください

(株)道継 二天一流総本舗

FAX/TEL 047-302-7950(井田)