

De-sign®シリーズ

# オーダーシート(メタル/ロートアイアン/ガラスサイン)

株式会社 **タカショー** 宛

お客様コード

ご担当

ご依頼日

年 月 日

お客様名

ご用件をチェックしてください。

注文    見積    レイアウト

TEL

FAX

(   ) -  

(   ) -  

納品先

お客様入れ 住 所

直 送 社 名

TEL

●必ず下記項目をご記入ください。

■商品名

■品番/コード

■デザインパターン

ディーサイン メタル インターホンカバータイプのみ

■インターホンのメーカー名、型番をご記入ください

メーカー名:

インターホン開き口

型 番:

右側    左側

■書 体 ※書体見本よりお選びください ※和文非対応書体あり

■文字種類 ※該当するものを○でお選びください

ひらがな/漢字/ローマ字/カタカナ/ロゴマーク/その他

■LEDカラー ※該当するものをチェックしてください

白    電球色    黄    オレンジ  
 赤    緑    エメラルド    青

リサイクルガラスのみ ※該当するものをチェックしてください

■彫込塗装 ※塗装色は黒色のみ

有り    無し

ロートアイアンプレートのみ

■仕上げ ※該当するものをチェックしてください

マットブラック    アイアントーン

●次に原稿スペースにご記入ください。

〈原稿スペース〉

1.受注日

月 日

2.初校

月 日

3. 回目校正

月 日

4.納品予定日

月 日