メモリアルハンドタオル オーダーシート

お申し込み日　　年　　月　　日

チ ー ム 名
（男子／女子）

代表者又は発注責任者名　　様

住　所　〒

E-mail
↑ 確認の為のデザイン画像を添付致しますので、必ずご記入下さい！

電話番号　（　　）　　FAX　（　　）

携帯電話番号　　-　　-

特約店名：　　支店名：　　担当者：　　様

メモリアルタイプ

適合に☑チェック
☐ 新規
☐ 追加（初回　年　月　日）

▼時期により変更がありますが、30日間以上を目安として下さい。
希望納期　　年　　月　　日
※受注時期、状況によりご希望の納期に添えない場合があります。

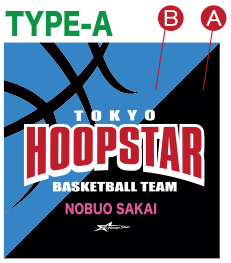
デザインタイプを記入して下さい！

TYPE-

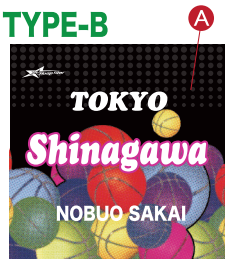
本体カラーを記入して下さい！

A		B	
		C	

TYPE-A

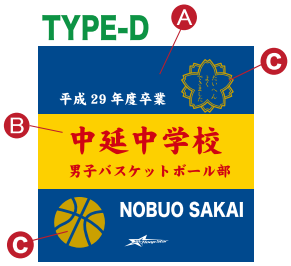


TYPE-B



TYPE-C

TYPE-D



TYPE-E

県名／地区，チーム名を記入して下さい！ ※書体の変更は不可（ローマ字のみ対応）

① 県名地区名・年号年度	
② チーム名	
③ BASKETBALL TEAMなど	

文字カラーを記入して下さい！

県名地区名など	
チーム名(文字中)	
チーム名(文字ふち)	
個人名	

※デザインタイプにより該当しない項目は記入しないで下さい。

基本カラー

シロ	コン	クロ	アカ	サックス	キ	グリーン	K ブルー	オレンジ
W	N	B	R	S	Y	G	K	O

エンジ	パープル	C ブルー	ピンク	グレー	ケリーグリーン	ロイヤルブルー	ゴールド	シルバー	フレッシュグリーン
E	M	C	P	GR	KG	RY	GO	SV	FG

個人名を記入して下さい！ ※書体の変更は不可（ローマ字以外も対応可）

	個 人 名		個 人 名
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

・メンバーが 20 名を超える場合は備考欄または、コピーなどで別紙にご記入下さい。

備考

オリジナルタオル オーダーシート

お申し込み日　　年　　月　　日

チーム名
（男子／女子）

代表者又は発注責任者名　　様

住所　〒

E-mail
↑ 確認の為のデザイン画像を添付致しますので、必ずご記入下さい！

電話番号　（　　）　FAX　（　　）

携帯電話番号　　-　　-

特約店名：　　支店名：　　担当者：

様

タオルのタイプを決める！ 適合に☑チェック

□	ハンドタオル	枚
□	フェイスタオル	枚
□	マフラータオル	枚

合計　　枚

適合に☑チェック
□ 新規
□ 追加（初回　　年　　月　　日）

▼時期により変更がありますが、30日間以上を目安として下さい。

希望納期　　年　　月　　日

※受注時期、状況によりご希望の納期に添えない場合があります。

※当社で作成している商品のマークを使用する場合は、下記に作成した商品名等をご記入下さい。
（例）Tシャツで使用したロゴとプリントカラーも同じ

※希望するデザインのレイアウト、カラーをご記入下さい。また、入れる写真やイラストなどをご準備下さい。
添付のロゴデザインからもお選びいただけます。

プリントカラー/デジタルプリントカラー

W	B	N	K	S	R	G	Y	O	E	M	P	C	GR	KG	RY	SV	GO	FG
シロ	クロ	コン	Kブルー	サックス	アカ	グリーン	キ	オレンジ	エンジ	パープル	ピンク	Cブルー	グレー	ケリーグリーン	ロイヤルブルー	シルバーグレー	ゴールド	フレッシュグリーン

備考