

# キラメック扇子 FAXお見積り依頼書

必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてご送付ください。

送信先→株式会社KILAMEK FAX 03-3341-6076

## ●扇子の種類

フルオーダー扇子  セミオーダー扇子（親骨名入れ）

## ●セミオーダー扇子の品番・本数（各10本以上）※扇子の種類でセミオーダー扇子を選んだ場合のみ記入

品番  本数

品番  本数

## ●フルオーダー扇子のタイプ ※扇子の種類でフルオーダー扇子を選んだ場合のみ記入

紙7寸30間(片貼 or 両貼)  紙7.5寸35間(両貼のみ)  紙9寸11間(両貼のみ)  布7寸30間(片貼のみ)

## ●フルオーダー扇子の本数 ※扇子の種類でフルオーダー扇子を選んだ場合のみ記入

本数  ※10本以上。 タイプ：布7寸30間は100本以上。

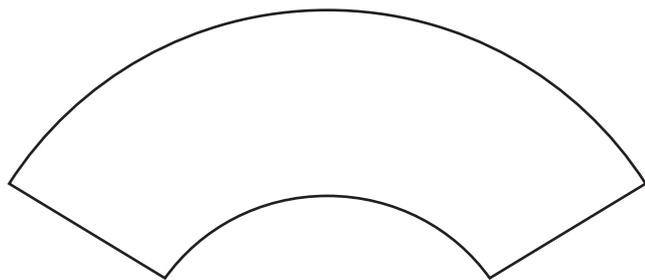
## ●フルオーダー扇子の色数 ※扇子の種類でフルオーダー扇子を選んだ場合のみ記入

表（片貼・両貼）  1色  2色  3色  フルカラー

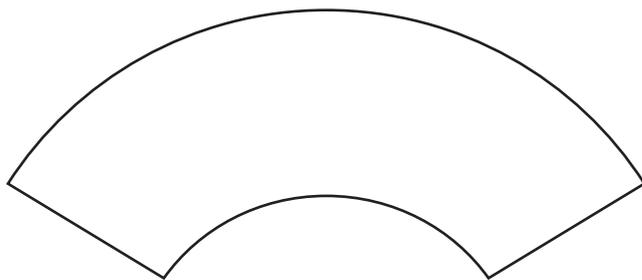
裏（両貼の場合）  1色  2色  3色  フルカラー  印刷なし

## ●フルオーダー扇子のタイプ ※扇子の種類でフルオーダー扇子を選んだ場合のみ記入

表（片貼・両貼）



裏（両貼の場合）



## ●フルオーダー扇子の骨色 ※扇子の種類でフルオーダー扇子を選んだ場合のみ記入

白骨  黒骨  茶骨

## ●親骨名入れ

名入れなし  名入れ希望（1箇所）  名入れ希望（2箇所）

株式会社KILAMEK（キラメック）

〒160-0017 東京都新宿区左門町2-6 ワコービル7F TEL.0120-17-5151 FAX.03-3341-6076

# キラメック扇子 FAXお見積り依頼書

必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてご送付ください。

送信先→株式会社KILAMEK FAX 03-3341-6076

## ●納品希望日

月 日

デザインによりお時間がかかる場合がございますので、  
余裕をもってご依頼頂けますようお願い致します。

## ●備考

## ●お客様情報 \* マークの項目は必ずご記入ください

*お名前		法人名	
*TEL		FAX	
E-mail			

※お見積りは無料です。1営業日を過ぎても連絡がない場合はお手数ですがお電話にてお問合せください。

株式会社KILAMEK (キラメック)

〒160-0017 東京都新宿区左門町2-6 ワコービル7F TEL.0120-17-5151 FAX.03-3341-6076