

ウインズジャパン ネジ止め剤点検申込書

※受付期限:2012年9月28日(金)まで

お申込日	2012/ /
------	---------

FAX:076-259-6561

ご依頼主さま情報 (連絡先)

氏名				様
E-Mail	@			
TEL	-	FAX	-	
住所	〒			

ヘルメット情報

ご購入店舗名			
ご購入日	2012/ /		
色・サイズ	赤 黒	M L XL	※該当するものに○をつけてください。

ご連絡方法・製品のご返送について

ご希望の連絡方法	お電話 E-Mail	※ご希望に○をつけてください。複数可。
受取りご希望時間	希望なし 午前中 12時～14時 14時～16時 16時～18時 18時～21時	
受取り可能日	希望なし 月 火 水 木 金 土 日 祝	※複数可。

備考欄

--

受付No. _____