

## ウインズジャパン システムヘルメット点検申込書

お申込日	20 / /
------	--------

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	20 / /			
シリーズ名				
色	。			
サイズ	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. \_\_\_\_\_