障害福祉サービス事業所 夢ひこうせん　担当：松木行き
TEL：０９７－５９７－８８１７
FAX：０９７－５９７－５１９７

注文日　平成　　年　　月　　日

名 刺 注 文 票

このたびは障害福祉サービス事業所夢ひこうせんの名刺をご注文いただき、誠にありがとうございます。

後ほど担当から連絡させていただきますので、誠にお手数ですが、名刺作成にあたり以下の項目についてご記入いただくようお願いいたします。

１　お　名　前　　様

２　お届け先住所　〒　　-

３　電 話 番 号　　－　　－

４　ＦＡＸ番号　　－　　－

５　Ｅ－Ｍａｉｌ　　@

６　ご発注枚数　　枚

７　お届け希望日　　月　　日希望　※ご希望に添えない場合もございます。

８　指定様式（データ等）　有り　・　無し

（１）有りの場合は、該当するものに〇を付けてください。

Excel データ　Word データ　現物の名刺　その他（　　）

（２）無しの場合は、以下の項目を記入してください。

名刺の向き　タテ　・　ヨコ

記載する情報　部署　要・不要

役職　要・不要

氏名　要・不要

住所　〒　-

電話番号　要・不要

ＦＡＸ　要・不要

その他　（　　）

ご不明な点はお気軽に担当まで連絡下さい。

法 人 名　社会福祉法人 夢ひこうせん
事業署名　社会福祉サービス事業所夢ひこうせん
担　　当：下請け班　松木　藤井
ＴＥＬ：０９７－５９７－８８１７
ＦＡＸ：０９７－５９７－５１９７