

ご依頼内容をご記入頂き、FAX送信して下さい。

※お申込み多数の場合、受付できない可能性があります。**お早めにご予約**下さい。

送信日 月 日

御社名	御担当者	様
ご連絡先 ( )		

▲ご注文書を送信頂いた後、弊社にてご注文内容を確認し、こちらの番号へご連絡させていただきます。

チラシ引渡ご希望日	平成 年 月 日	ご希望の時間帯	: ~ :
引渡方法	<input type="checkbox"/> お引取	御社以外をご希望の場合 お引取先詳細をご記入ください	会社名 御担当者
	<input type="checkbox"/> ご納入	印刷業者様の詳細をご記入ください	ご住所
	<input type="checkbox"/> ご来社		TEL ( )

配布期間	開始日 月 日 ( ) ~ 完了日 月 日 ( ) の 日間
------	--------------------------------

▲最短の開始日は**チラシ引渡日**の**2日以降**からになります。

▼いずれか一つに○をご記入下さい

配布の方法	<input type="checkbox"/> 通常配布 ・ <input type="checkbox"/> 表紙配布 ・ <input type="checkbox"/> 単独配布
チラシサイズ	B5 ・ A4 ・ B4 ・ A3 ・ B3 ・ 他( )

※変形サイズなどの場合、できる限り詳しくご記入下さい。

配布地区No.	ポスト数	配布地区No.	ポスト数

配布部数	配布単価	▼小数点以下は四捨五入となります。
通常地区	部 × @	= ¥
特別地区	部 × @	= ¥

お支払方法  ご集金 ・  お振込

※お支払は配布期間開始日の2営業日前までをお願い致します

合計 ¥

-

ご注文の前にもう一度内容をご確認下さい

FAX送信方向

FAX049-224-1231

株式会社  
アーバンマガジンズ 管理部 行  
FAX049 (224) 1231 TEL049 (224) 1230  
〒350-0045 埼玉県川越市南通町13-2

ご注文ありがとうございます。ご不明な点がございましたら、お気軽にお問合せ下さい。