

FAX問い合わせフォーム

会社名（必須）	
住所（必須）	
お名前（必須）	
電話番号（必須）	
FAX番号（必須）	
メールアドレス（必須）	

使用目的	
使用サイズ	
使用タイプ	
希望材質 <small>●ご希望の材質があればどちらかに○印をお願いします。</small>	一般（PVC） ・ ノンフタル酸PVC 【ST基準適合商品】
年間予定使用量	
希望注文ロット数	
色など <small>●ご希望の色に○印をお願いします。</small>	クリア ・ シボ ・ 白 ・ 白シボ 【注意】 サイズによってはご希望の色にご対応出来ない商品もございます。

【ご意見ご要望を記入下さい】
