

期間限定 2020年6月30日まで

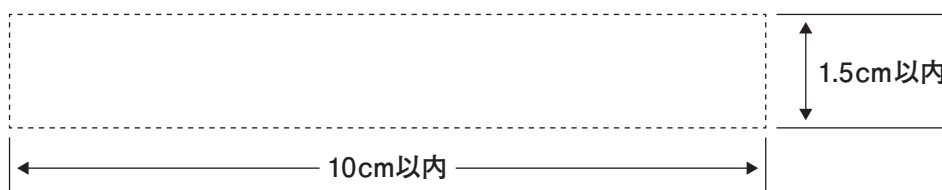
お客さま記入欄 (お送り先)		ご契約販売店記入欄	
お名前 (院名)		貴社名	
ご住所 〒		ご住所 〒	
TEL.	FAX.	TEL.	FAX.

品番	製品名	カラー	サイズ	数量
TB-524-01	患者着1PDX		フリーサイズ	
TB-524-02	患者着1PSD		フリーサイズ	
TB-524-03	患者着2PDX		S ・ M ・ L ・ LL	
TB-524-04	患者着2PSD		S ・ M ・ L ・ LL	
TB-524-05	患者着1PEX		フリーサイズ	

名入れ刺繍をご希望の場合

■刺繍範囲: 高さ1.5×10cm以内 ■刺繍位置: 左胸限定 ■フォント (2種類) 楷書体・太ゴシック ■刺繍糸色 (5色) 黒・白・赤・青・黄
 ※ご希望の刺繍文字内に漢字が入る場合は7文字程度しか刺繍できません。ご了承のほどよろしくお願いいたします。

点線四角内に指定文字をご記入ください。



○で囲んでください。 ■フォント 楷書体・太ゴシック ■刺繍糸色 黒・白・赤・青・黄

必ずお読み ください!!

- 〈ご契約販売店記入欄〉が空白の場合は、ご注文をお受けすることができません。
- 設置、組み立て、送料、納期に関するお問い合わせは、ご契約販売店へお願いいたします。