

No.

受付日 年 月 日

リソールアズマ オーダーシート(個人用)

注意事項をご一読していただき、ご了承の上ご依頼ください。

ふりがな		電話番号	
氏名		メールアドレス	
返送先住所	〒		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> PayPay		
メーカー		シューズ名称	サイズ
リソールのゴムの種類	ビブラムXSグリップ2	<input type="checkbox"/> 3.5mm	<input type="checkbox"/> 4mm
	ビブラムXSEッジ		<input type="checkbox"/> 4mm
	SANOA	<input type="checkbox"/> 3mm	<input type="checkbox"/> 3.6mm <input type="checkbox"/> 4.2mm
	ステルスC4	<input type="checkbox"/> 3.5mm	
	アンパラレルRS	<input type="checkbox"/> 3.5mm	
	アンパラレルRH	<input type="checkbox"/> 3.5mm	<input type="checkbox"/> 4.2mm
	おまかせ	<input type="checkbox"/>	
つま先修理	<input type="checkbox"/> おまかせ <input type="checkbox"/> 必要ならリソールしません <small>(ソールをめくった後修理が必要と判別した場合再利用不可です。)</small>		
洗い・除菌消臭はいかがですか? 1100円(税込)	<input type="checkbox"/> 洗います <input type="checkbox"/> けっこうです		
<p>その他ご依頼ございましたらお客様のご希望、目的を汲み取りたいため文章及びイラストで可能な限り詳細に記載してください。</p> <p>カスタムの範囲は直接マーキングもしくはテーピングしていただいた方がより分かりやすいです。</p> <p>既存ラバーを残すか剥がすかもご記載願います。</p>			
			
下記アズマ記載欄			
修理内容	単価	数量	金額
小計			
税込合計			