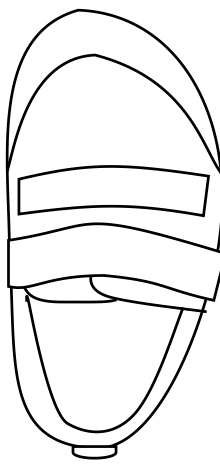
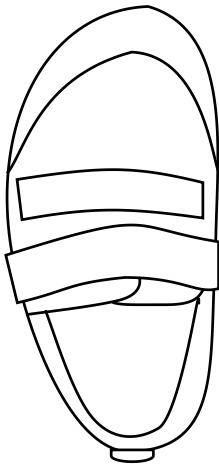


No.

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	☐ 銀行振込 ☐ クレジットカード ☐ 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	☐ 3.5mm		☐ 4mm	
	ビブラムXSEッジ			☐ 4mm	
	SANOA	☐ 3mm	☐ 3.6mm	☐ 4.2mm	
	アンパラレルRS	☐ 3.5mm			
	アンパラレルRH	☐ 3.5mm		☐ 4.2mm	
	おまかせ	☐			
つま先修理	☐ おまかせ ☐ 必要ならリソールしません (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。)				
洗い・除菌消臭は いかがですか？ 1100円(税込)	☐ 洗います ☐ けっこうです				
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。 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。 既存ラバーを残すか剥がすかもご記載願います。					
					
下記アズマ記載欄					
修理内容	単価	数量	金額		
小計					
			税込合計		