

(フリガナ)

■ 貴院名

(フリガナ)

■ お名前

■ 住所 〒

■ 電話番号

■ FAX番号

■ メールアドレス

■ ホームページアドレス

■ 現在オリジナルロゴマークまたはロゴタイプをご使用ですか？ (いずれかに✓印をつけてください)

使用している  ロゴマーク  ロゴタイプ

使用していない  ロゴマーク  ロゴタイプ

■ 電話での説明を希望されますか？ (いずれかに✓印をつけてください)

希望する  希望しない

ありがとうございました。

上欄にご記入の上、FAXまたは郵便にてお申し込みください。

**FAX : 052-339-1646**

〒460-0014 名古屋市中区富士見町7-12 センチュリー富士見1101  
有限会社エイチ・アイ・ピー ロゴマークサービス行