【別注ラベル】PRO 専用 FAX　フォーム

見積依頼書

Label Shop
Dorothy
FAX : 050-3153-1542

現在すでにラベル用紙を使用している方専用のフォームとなります。(純正、他社製品含む)
コストダウンはもちろん、サイズ変更や素材変更などのご希望に合わせてお見積りを作成させて頂きます。
細かい情報をご入力頂けますと、より貼る製品に合ったラベルを作成することができます。

1 ラベル作成を考えたきかっけをお教え下さい。

☐ コストダウン　☐ 機種変更のタイミング　☐ 印字の相性が悪い　☐ 新規のサイズ作成　☐ 素材等の変更　☐ その他

その他・希望等 (　　)

2 ラベルの粘着質はどのような物が理想ですか。(製品から剥がす予定のありなし。製品の素材など。)

(　　)

3 ラベルの紙の種類やベースの色をチェックください。

種類　☐ サーマルタイプ　☐ 熱転写タイプ

ベース素材　☐ 白　☐ 銀　☐ 透明

その他、紙についてのご希望

(　　)

4 右の画像をご確認の上、ご希望のサイズとミシン目の有無をご入力下さい。

A 幅 :　　mm　C 高さ :　　mm　C 台紙の幅 :　　mm

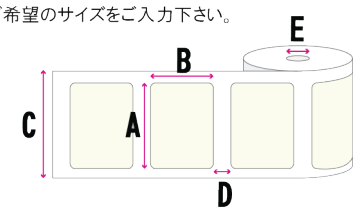
D 間隔 :　　mm　E 紙管内径 :　　mm

・ミシン目はつけますか。　はい　・　いいえ

・アイマークは希望しますか。　はい　・　いいえ

・巻き方の希望はありますか。　外巻　・　内巻

ご希望のサイズをご入力下さい。



6 使用数、納期、製品名をご記入ください。(製品はご入金から最短で 2 週間程です。)

機種名　(　　)

1 か月あたりの使用枚数 (　　)

希望納期　(　　)

7 サンプル、電話相談を希望いたしますか。

・サンプルは上記でご入力頂いた情報をもとに、各お客様にあったサンプルを複数枚ご指定のご住所にお送り致します。
上記の入力が不十分な場合、お客様にあった物がお送り出来ない場合がございます。

☐ サンプルを希望する　発送先のご住所 (　　)

・電話相談はより詳しくラベルについてのご相談やラベル作成にあたりデザインなどの商談を行うことが可能です。
平日 9 時～ 18 時　土日祝日不可　HP カレンダー参照下さい。こちらの時間帯が難しい場合、ご相談下さい。

☐ 電話相談を希望する　希望時間帯 (　　)　希望電話番号 (　　)

8

企業名	担当者名
TEL	FAX
ご住所　〒　　-	

その他・ご要望等

営業日 1~2 日以内に FAX にてご連絡差し上げております。他の連絡方法をご希望の方は上記にご記入下さい。

ー　ご入力例　ー

下記の例にならってご記入下さい。記入に不備がある場合、正しい見積もりが作成できません。

【別注ラベル】PRO専用 FAX フォーム

見積依頼書

Label Shop
Dorothy
FAX : 050-3153-1542

現在すでにラベル用紙を使用している方専用のフォームとなります。(純正、他社製品含む)
コストダウンはもちろん、サイズ変更や素材変更などのご希望に合わせてお見積りを作成させて頂きます。
細かい情報をご入力頂けますと、より貼る製品に合ったラベルを作成することができます。

1 ラベル作成を考えたきかっけをお教え下さい。

☑ コストダウン　☐ 機種変更のタイミング　☐ 印字の相性が悪い　☐ 新規のサイズ作成　☑ 素材等の変更　☐ その他

その他・希望等 (現在のラベルだと油性ペンが滲みます。できるだけ滲まない素材にしたいです。
使用サイズを少し変更しても良いのでコストダウンしたいです。)

2 ラベルの粘着質はどのような物が理想ですか。(製品から剥がす予定のありなし。製品の素材など。)

(ギフトが多く袋から値段を剥がすことが多いです。袋からキレイに剥がれて欲しいです。)

3 ラベルの紙の種類やベースの色をチェックください。

種類　☐ サーマルタイプ　☑ 熱転写タイプ

ベース素材　☑ 白　☐ 銀　☐ 透明

その他、紙についてのご希望

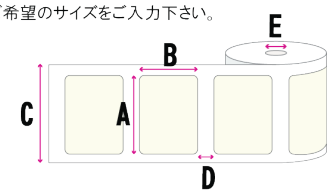
(透明への変更も検討したい。透明タイプの見積も頂きたいです。)

4 下記の画像をご確認の上、ご希望のサイズとオプションの有無をご入力下さい。

A幅 : 30 mm　C高さ : 20 mm　C台紙の幅 : 32 mm

D間隔 : 0、5 mm　E紙管内径 : 42 mm

ご希望のサイズをご入力下さい。



・ミシン目はつけますか。　(はい)・いいえ

・アイマークは希望しますか。　(はい)・いいえ

・巻き方の希望はありますか。　(外巻)・内巻

6 使用数、納期、製品名をご記入ください。(製品はご入金から最短で 2 週間程です。)

機種・型番　(サトー　レスプリ　R408v)

1か月あたりの使用枚数 (２０００枚)

希望納期　(１か月後までに)

7 サンプル、電話相談を希望いたしますか。

・サンプルは上記でご入力頂いた情報をもとに、各お客様にあったサンプルを複数枚ご指定のご住所にお送り致します。
上記の入力が不十分な場合、お客様にあった物がお送り出来ない場合がございます。

☑ サンプルを希望する　発送先のご住所 (下記住所と同じ場合ご記入は不要です。)

・電話相談はより詳しくラベルについてのご相談やラベル作成にあたりデザインなどの商談を行うことが可能です。
平日 9 時～ 18 時　土日祝日不可　HP カレンダー参照下さい。こちらの時間帯が難しい場合、ご相談下さい。

☑ 電話相談を希望する　希望時間帯 (火曜日 15 時以降)　希望電話番号 (下記と同じ場合ご記入不要)

8

企業名	お菓子の城　Dorothy	担当者名	田中　ドロシー
TEL	0282-21-8846	FAX	050-3153-1542
ご住所	〒 373 - 0013 群馬県太田市市場町 756-3		

その他・ご要望等

お世話になっております。ラベル作成について、まずは電話にて詳しくお話伺いたいです。
日程等の連絡をくださいますようお願いいたします。
お菓子の透明な袋に使用します。シールも透明への変更を考えておりますが、白と比べて袋との相性や
コストがどのようになるか教えて頂きたいです。

HP にて詳しい詳細をご用意しております。是非 HP もご覧ください。
https://label-dorothy.com　LabelShop　Dorothy　で検索!!