



ドクターレザー信州

Doctor Leather®

【リペアオーダーシート】

記入日： 年 月 日

お名前	
ご住所	〒
電話番号	
メールアドレス	
連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール お電話の際のご連絡時間帯 [<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後]
ご依頼内容	※どの部分をどの様な修理をご希望かなど詳しくご記入ください。 イラストでも構いません。