

ご注文日
(FAX送信日)
記入必須

月 日
 年 月 日

送信枚数

枚目 / 枚中
 2枚以上の時にご記入ください

お客様番号
記入必須

▶ご請求先

名称

ご住所 〒

TEL 記入必須

FAX 様

ご注文担当者

▶お届け先 (ご請求先と異なる場合のみご記入ください)

名称

ご住所 〒

TEL

FAX

①ご注文歯ブラシ、名入れ数

※歯ブラシの名入れをする際には「歯ブラシ代」と「名入れ代」の両方が必要となります。

	商品コード	商品名	数量	単価	金額
歯ブラシ代	<input type="text"/>				
歯ブラシ代	<input type="text"/>				
名入れ代	<input type="text"/>	名入れ代	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※名入れ代は右表をご参照ください。

- ◎1デザインで3種類までの歯ブラシに名入れを希望される場合は、当注文書1枚でご注文できます。
- ◎1枚の注文書で、1デザインのご注文とさせていただきます。
- 複数種類のデザインをご希望される方は、当注文書をコピーのうえ、別途ご注文ください。
- ◎ご注文金額が10,000円未満(税別)の場合、送料500円(税別)がかかります。

名入れ代	
名入れ数量	名入れ代(税別)
1ケース (60本)	¥3,480
2ケース (120本)	¥4,980
3ケース (180本)	¥6,480
4ケース (240本)	¥7,980
5ケース (300本)	¥9,480
6ケース (360本)	¥10,980
7ケース (420本)	¥11,980
8ケース (480本)	¥12,980
9ケース (540本)	¥13,980
10ケース (600本)	¥14,980

※11ケース以上の価格は、下記カスタマサービスデスクまでお問合わせください。

送料
合計

別途消費税が加算されます。

②ご注文回数

今回ご注文いただく名入れデザインについて
(どちらかに○をご記入ください)

初めてのご注文。もしくは、前回からデザインを変更。

再注文(前回作成したデザインから変更なし)。
※「再注文」をお選びの方は、以後の③～⑤への記入は不要です。

③書体の選択

文字の書体について(いずれかに○をご記入ください)

丸ゴシック(文字例: フィード歯科医院 ABC 12345)

角ゴシック(文字例: フィード歯科医院 ABC 12345)

明朝体(文字例: フィード歯科医院 ABC 12345)

④ロゴの印刷

ロゴの印刷種類と印刷カラーをお選びください。
(名入れの先頭部分にロゴを入られます)

【ロゴの掲載種類】

A 貴施設オリジナルロゴ印刷 B 掲載なし C

D E F G

「貴施設オリジナルロゴ印刷」を希望される場合

データは、Adobe「イラストレーター」のアウトライン済みデータをメールにてお送りください(他のデータでの受付はできません)。メールの件名に「歯ブラシ名入れロゴ」の旨と、お客様番号を記載いただき、下記アドレスまで送信願います。

宛先: feedcs@feedcorp.co.jp

※ロゴデザインが細かい等で再現が困難な場合、ロゴの印刷をお断りさせていただきます。金色・銀色での印刷はできません。

【ロゴの印刷カラー】

ロゴの印刷種類C・D・Eはカラーを選べます。
下記16色の中からお選びください。
(D・E、歯の色自体は白になります)

印刷カラー

⑤印刷内容と印刷カラーの選択

印刷する内容をご記入ください。施設名のほか、電話番号もしくはその他の事項をご記入ください。印刷内容が多い場合は印刷面に入りきらない場合がございます。

施設名 ◀ 印刷カラー

電話番号 ◀ 印刷カラー

その他 ◀ 印刷カラー

印刷カラーは右記の16色の中からお選びください。

印刷カラー [16色]

④・⑤で印刷するカラーを下記の16色の中からお選びください。



色見本はカタログ・通販サイトでもご確認いただけます。

お支払い方法 必ず○をご記入ください。

・ご記入がない場合は確認のために商品のお届けが遅れる場合があります。

・すでに「預金口座振替」をご利用の方はご記入が不要です(お選びいただけません)。

※新規お申し込みの場合は[通信欄]にその旨をご記入ください。

郵便局/コンビニからの振込み

宅配代引き
※メーカー直送品につき、宅配代引きはご利用できません。

通信欄