

薬袋専用注文書

FAX送信先 0120-004-506

注文年月日	年	月	日
お客様番号		-	

ご請求先

名称

ご住所 〒

お届け先(ご請求先と異なる場合にのみご記入ください。)

名称

ご住所 〒

TEL

FAX

TEL

FAX

1 デザイン/枚数/サイズ 各デザインと枚数に対応するご希望のサイズを○で囲んでください。

枚数	内服薬		外用薬		頓服薬	
	デザイン					
200枚	A6	B6	A6	B6	A6	B6
500枚	A6	B6	A6	B6	A6	B6
1000枚	A6	B6	A6	B6	A6	B6

●デザインとロゴの使用について(該当するものに○をご記入ください。)

<input type="checkbox"/>	この薬袋は初めて作ります。
<input type="checkbox"/>	内容に変更があります。
<input type="checkbox"/>	前回と同じです。

初回・変更
の場合

<input type="checkbox"/>	ロゴは使用しません。 [版下製版代 ¥1,000]
<input type="checkbox"/>	ロゴを使用します。 [版下製版代 ¥2,000]

※ロゴを使用される場合は、使用した資料(名刺、封筒など)を、この注文書と一緒に郵送ください。

2 刷り色 ○で囲んでください。色見本はカタログをご覧ください。

レッド ・ ブルー ・ グリーン ・ パープル ・ ダークブルー

3 書体 ○で囲んでください。

A フィード ・ B —— ・ C フィード ・ D フィード ・ F フィード

4 インフォメーション内容 楷書ではっきりとご記入ください。空欄の場合は印刷いたしません。

医院名	〒	□□□□ - □□□□
	ご住所	
	TEL.	()

通信欄

【お支払い方法】 ○をご記入ください。

預金口座振替の手続きが完了している場合は口座振替以外でのお支払いはできませんので○印は不要です。

<input type="checkbox"/>	郵便局/コンビニからの振込み
<input type="checkbox"/>	宅配代引き

■空欄の場合は前回と同様とさせていただきます。

■初めてのご注文で空欄の場合は郵便局/コンビニ振り込み用紙をお送りします。

【預金口座振替のお申込み】 ○をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	申込書を希望
--------------------------	--------

■手続きが完了するまでは他のお支払い方法をご指定ください。



フィード株式会社

〒220-6119 横浜市西区みなとみらい2-3-3 クイーンズタワーB 19階

薬袋のご注文は
カスタマ・サービスデスクまで

●番号はおかけ間違いのないよう
お願いいたします。

FAX 0120-004-506

24時間受付