

Aパターン オリジナル
診察券 注文書

ご注文日
(FAX送信日)
記入必須

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
記入必須

ご住所 〒

TEL
記入必須

ご注文担当者

FAX

様

▶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 デザイン、ご注文枚数などをお選びください。 (該当するものに○をご記入ください。)

枚数	デザイン	2C-1	3C-1	3C-5	4C-8	OR-1	OR-3
300枚		294-9300	294-3215	294-6590	294-9454	294-3810	294-5848
500枚		294-7715	294-8061	294-6841	294-4732	294-4596	294-1403
1000枚		294-0846	294-0257	294-5833	294-3324	294-2721	294-3322

「オリジナルデザイン」をご注文の方には、当注文書を受領後、「レイアウト用紙」をお送りします。

●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。)

*2回目以降の変更時はおお客様のご負担になります。(デザインや文字内容はそのままで色のみ変更する場合も下記料金がかかりますのでご了承ください。)

この診察券は初めて作ります。	初回・変更の場合	ロゴは使用しません。【版下代 ¥2,500(税別)】	ロゴを使用される場合はデータ(JPEG等)をメールでお送りください。データがない場合は印刷物を注文書と一緒にご郵送ください。 宛先: feedcs@feedcorp.co.jp 件名: [診察券ロゴ、お客様番号 ○○○○○]と記載ください。
内容に変更があります。		ロゴを使用します。【版下代 ¥4,500(税別)】	
前回と同じです。	オリジナルデザインです。【版下代 ¥6,000(税別)】		

2 券面掲載事項をご記入ください。 オリジナルデザインのお客様はご記入不要です。別途お送りする[レイアウト用紙]にご記入ください。

(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。前回と同様の場合はご記入不要です。)

医院名		休診日	
ご住所	〒□□□□-□□□□	診療時間	午前 □□:□□ ~ □□:□□ 午後 □□:□□ ~ □□:□□
	TEL. ()	アドレス	http://

(※貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

通信欄

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