

B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

お客様番号 記入必須 -

送信枚数 枚目 / 枚中

2枚以上の時にご記入ください

▶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。

①ご注文回数

今回ご注文いただく診察券について (該当するものに○をご記入ください)

<input type="radio"/>	この診察券は初めて作ります。 【版下代¥2,000(税別)】
<input type="radio"/>	内容に変更があります。 【版下代¥2,000(税別)】
<input type="radio"/>	前回と同じです。 【版下代¥0】

初回ご注文時には版下代が掛かります。
また、2回目以降のご注文で内容を変更される場合も版下代が掛かります。

②ロゴの使用

貴院のロゴ使用について (該当するものに○をご記入ください)

<input type="radio"/>	ロゴは使用しません 【版下代¥0】
<input type="radio"/>	ロゴを使用します(データ有) 【版下代¥0】
<input type="radio"/>	ロゴを使用します(データ無) 【版下代¥5,000(税別)】

ロゴを使用される場合は、お手元のデータ(JPEG形式等)をメールにてお送りください。
※メールの件名に「診察券ロゴ」の旨と「お客様番号」を記載いただき、送信願います。
宛先: feedcs@feedcorp.co.jp

ロゴデータがない場合は、ロゴが印刷された印刷物と、この「専用注文書」を一緒にし、下記住所(カスタマ・サービスデスク)までお送りください。
※印刷箇所は折り曲げたりせずにご郵送ください。また、イラストなどはそのまま印刷できるものに限り、解像度が低いデータではお受けできない場合がございます。
当社でデザインからの作成はお受けできません。

③デザインの選択

各デザイン下に記載されているデザイン番号をご記入ください。

F S -

※「カラーバリエーション診察券」はカラーごとにデザイン番号が異なりますのでご注意ください。

④素材の選択

プラスチック診察券は厚さを、ペーパー診察券は裏面のデザイン(無料)もお選びください。

<input type="checkbox"/>	プラスチック診察券 (厚さ0.4mm)	<input type="checkbox"/>	プラスチック診察券 (厚さ0.75mm)
<input type="checkbox"/>	ペーパー診察券 (裏面「氏名枠なし」タイプ)	<input type="checkbox"/>	ペーパー診察券 (裏面「氏名枠あり」タイプ)

氏名枠なしタイプ

印刷	年	月	日	カルテNo.
社保・国保・一般・本人・家族・その他	印刷	年	月	日
氏名	姓	名	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ

氏名枠ありタイプ

印刷	年	月	日	カルテNo.
社保・国保・一般・本人・家族・その他	印刷	年	月	日
氏名	姓	名	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ

⑤枚数の選択

希望枚数をお選びください。(該当するものに○をご記入ください)

<input type="checkbox"/>	プラスチック診察券の方	<input type="checkbox"/>	ペーパー診察券の方
<input type="checkbox"/>	500枚	<input type="checkbox"/>	500枚
<input type="checkbox"/>	1000枚	<input type="checkbox"/>	1000枚

⑥裏面シールの選択

裏面シールをご希望の方はタイプをお選びください。
プラスチック診察券の裏面は無地のため専用シールを貼ると便利です。
裏面シールをご購入される方はこちらもお選びください。
※ペーパー診察券の裏面には印刷が入るためシールは不要です。

<input type="radio"/>	氏名枠なしタイプ	【1000枚 ¥2,800(税別)】
<input type="radio"/>	氏名枠ありタイプ	【1000枚 ¥2,800(税別)】
<input type="radio"/>	シールは不要です。	

2 券面掲載事項をご記入ください。

(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記入不要です。)

医院名	<input type="text"/>	休診日	<input type="text"/>
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	診療時間	午前 <input type="text"/> 午後 <input type="text"/>
TEL.	<input type="text"/>	アドレス	http:// <input type="text"/>

(※貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

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。

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

通信欄