

お客様番号
記入必須

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

ご注文日
(FAX送信日)
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 | 〒 | ご担当者様 |
| | TEL 記入必須 | FAX | | |

| | | | | |
|-------------|------------|------------|---|--|
| お届け先 | 名称 | ご住所 | 〒 | |
| | TEL | FAX | | |

上記ご請求先と異なる場合のみご記入ください

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(イメージ図作成料金)が掛かります。
また、2回目以降のご注文で内容・デザイン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、
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
ものに限りです。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) |

初診 年 月 日 カルテNo.

姓保 病保 一般 本人 家族 その他 科目

| | | | | | | | | | |
|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |

●検査日は毎月月初めにご持参下さい。●予約日指定の際はご連絡下さい。

氏名枠なしタイプ

カルテNo.

初診 年 月 日

姓保 病保 一般 本人 家族 その他 科目

| | | | | | | | | | |
|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |
| / | () | / | () | / | () | / | () | / | () |

●検査日は毎月月初めにご持参下さい。●予約日指定の際はご連絡下さい。

氏名枠ありタイプ

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)

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| プラスチック診察券の方 | 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(カタログP826)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="checkbox"/> 氏名枠なしタイプ 取扱中止 【1000枚¥2,800(税別)】 | |
| <input type="checkbox"/> 氏名枠ありタイプ | 【1000枚¥2,890(税別)】 |
| <input type="checkbox"/> 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 | | 休診日 | | |
| ご住所 | 〒 | 診療時間 | 午前 | 午後 |
| | TEL. | | http:// | |
| | | | | |

(※貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

お支払い方法 下記□に✓をご記入ください

下記に記入がない場合は
前回注文の支払方法を適用します。

■すでに「口座振替」をご利用の方は記入不要です
(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"/> コンビニ・郵便局払い | |
| <input type="checkbox"/> 代引き | |

3 イメージ図送付先のメールアドレスをご記入ください。

メール
アドレス:

※FAXまたは郵送をご希望の場合は、通信欄にご記入ください。

通信欄