

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

※左詰め6桁または7桁のお客様番号をご記入ください。

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 <small>上記ご請求先と異なる場合のみご記入ください</small>	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	2C-2	2C-3	3C-4
300枚		294-9300	294-8472	294-5583	294-6918
500枚		294-7715	294-4598	294-0566	294-2589
1000枚		—	294-0472	294-1399	294-9433

●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客様のご負担になります。

デザイン(文字やイラストなどの印刷内容)修正の都度、1度目の版下代(下記)と同額を請求させていただきます。

(複数回修正される場合は修正回数分の版下代が発生しますのでご了承ください。)

(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
内容に変更があります。	
前回と同じです。	

ロゴは使用しません。	【版下代 ¥5,500(税別 ¥5,000)】
ロゴを使用します。	【版下代 ¥6,600(税別 ¥6,000)】

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。

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ご記入不要です。)

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

(※貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

3 初回・変更の場合は、イメージ図受取方法をお選びください。

(該当するものに○をご記入ください。)

メール希望	FAX希望
-------	-------

メール
アドレス:

※メールでの受け取りをご希望の場合は、メールアドレスをご記入ください。

通信欄

お支払い方法 下記□に✓をご記入ください

下に記入がない場合は前回注文の支払方法を適用します。

<input type="checkbox"/>	コンビニ・郵便局払い	初めてカードをご利用の方は、担当よりご連絡させていただきます。 (ご利用可能カード)
<input type="checkbox"/>	クレジットカード	
<input type="checkbox"/>	代引き <small>※30万円以上のお支払いは代引きをご利用いただけません。</small>	
<input type="checkbox"/>	口座振替 <small>※事前登録が必要です。新規お申込みの場合は[通信欄]にその旨をご記入ください。</small>	

■支払期日を超過した請求残金がある場合、一定期間経過後に本注文はキャンセルとなります。