

お客様番号
記入必須

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

※左詰めが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

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/枚数

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)

注文パターン	枚数	通常 デザイン価格	キャラクター デザイン価格
○ 初回・変更注文 (初めて注文/デザイン変更)	500枚	¥23,760 (税別 ¥21,600)	¥27,060 (税別 ¥24,600)
	1,000枚	¥39,820 (税別 ¥36,200)	¥41,470 (税別 ¥37,700)
○ リpeat(2回目以上)注文 (前回と同じデザインで注文)	500枚	¥18,920 (税別 ¥17,200)	¥20,020 (税別 ¥18,200)
	1,000枚	¥36,080 (税別 ¥32,800)	¥38,060 (税別 ¥34,600)

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)

○	ロゴは使用しません	【版下代 ¥0】
○	ロゴを使用します(データ有)	【版下代 ¥0】

ロゴを使用される場合:
お手元のデータ(JPEG形式等)をメールにてお送りください。

ロゴのデータをお持ちでない場合:
ロゴの使用はできませんのでご了承ください。

※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

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。

		-		
--	--	---	--	--

④ 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(商品コード: 7877126)をご購入される方はこちらもお選びください。

○	氏名枠なしタイプ 取扱中止 1000枚 ¥2,800 (税別)	
○	氏名枠ありタイプ	【1000枚 ¥3,179 (税別 ¥2,890)】
○	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		診療時間	午前	午後
ご住所	〒			URL	http://	
TEL.						

(※貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

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

お支払い方法 下記口に✓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 ※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。	
<input type="checkbox"/>	口座振替 ※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。	

■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。