

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

ご請求先

名称 記入必須

〒

ご住所

TEL 記入必須

FAX

お届け先

名称

〒

ご住所

TEL

FAX

① ご注文歯ブラシ、名入れ数

※歯ブラシの名入れをする際には「歯ブラシ代」と「名入れ代」の両方が必要となります。

	商品コード	商品名	数量	単価	金額
歯ブラシ代	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
歯ブラシ代	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
歯ブラシ代	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
名入れ代	<input type="text"/>	名入れ代	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計					<input type="text"/>

名入れ代	
名入れ数量	名入れ代
1ケース (60本)	¥3,828 (税別 ¥3,480)
2ケース (120本)	¥5,478 (税別 ¥4,980)
3ケース (180本)	¥7,128 (税別 ¥6,480)
4ケース (240本)	¥8,778 (税別 ¥7,980)
5ケース (300本)	¥10,428 (税別 ¥9,480)
6ケース (360本)	¥12,078 (税別 ¥10,980)
7ケース (420本)	¥13,178 (税別 ¥11,980)
8ケース (480本)	¥14,278 (税別 ¥12,980)
9ケース (540本)	¥15,378 (税別 ¥13,980)
10ケース (600本)	¥16,478 (税別 ¥14,980)

※名入れ代は右表をご参照ください。

- 1デザインで3種類までの歯ブラシに名入れを希望される場合は、当注文書1枚でご注文できます。
- 1枚の注文書で、1デザインのご注文とさせていただきます。
- 複数種類のデザインをご希望される方は、当注文書をコピーのうえ、別途ご注文ください。

最新価格はネットストアをご確認ください

※11ケース以上の価格は、下記「カスタム サービスデスク」までお問い合わせください。

② ご注文回数

今回ご注文いただく名入れデザインについて (どちらかに○をご記入ください)

初めてのご注文。もしくは、前回からデザインを変更。

再注文 (前回作成したデザインから変更なし)。
※「再注文」をお選びの方は、以後の③~⑤への記入は不要です。

③ 書体の選択

文字の書体について (いずれかに○をご記入ください)

丸ゴシック (文字例: フィード歯科医院 ABC 12345)

角ゴシック (文字例: フィード歯科医院 ABC 12345)

明朝体 (文字例: フィード歯科医院 ABC 12345)

④ ロゴの印刷

ロゴの印刷種類と印刷カラーをお選びください。
(名入れの先頭部分にロゴを入られます)

【ロゴの掲載種類】

<input type="radio"/> A 貴医院オリジナルロゴ印刷	<input type="radio"/> B 掲載なし	<input type="radio"/> C
<input type="radio"/> D	<input type="radio"/> E	<input type="radio"/> F
<input type="radio"/> G		

「貴医院オリジナルロゴ印刷」を希望される場合
データは、Adobe「イラストレーター」のアウトライン済みデータをメールにてお送りください (他のデータでの受付はできません)。メールの件名に「歯ブラシ名入れロゴ」の旨と、お客様番号を記載いただき、下記アドレスまで送信願います。
宛先: feedcs@feedcorp.co.jp
※ロゴデザインが細かい等で再現が困難な場合、ロゴの印刷をお断りさせていただく場合がございます。金色・銀色での印刷はできません。

【ロゴの印刷カラー】
ロゴの印刷種類C-D-Eはカラーを選べます。下記の16色の中からお選びください。
(D・Eの、歯の色自体は白になります)

印刷カラー

⑤ 印刷内容と印刷カラーの選択

印刷する内容をご記入ください。医院名のほか、電話番号もしくはその他の事項をご記入ください。印刷内容が多い場合は印刷面に入りきれない場合がございます。

医院名 ◀ 印刷カラー

電話番号 ◀ 印刷カラー

その他 ◀ 印刷カラー

印刷カラーは右記の16色の中からお選びください。

⑥ 印刷カラー [16色]

④・⑤で印刷するカラーを下記の16色の中からお選びください。

黄	橙	赤	ピンク	紫	紺
青	水色	緑	黄緑	エメラルドグリーン	ビーチ
肌色	グレー	黒	白		

色見本はカタログ・ネットストアでもご確認ください。

お支払い方法 下記口に✓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。

<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) JCB VISA MasterCard
<input type="checkbox"/>	クレジットカード	
<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。
<input type="checkbox"/>	代引き	※メーカー直送品につき、代引きはご利用できません。

■支払期日を超え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。

⑦ イメージ図送付先のメールアドレスを記入

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。