

お客様番号 記入必須	<input type="text"/>	ご注文日 (FAX送信日) 記入必須	<input type="text"/>	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	〒 <input type="text"/>		ご住所	〒 <input type="text"/>		ご担当者様
	TEL 記入必須	<input type="text"/>		FAX	<input type="text"/>		

お届け先	名称	〒 <input type="text"/>		ご住所	〒 <input type="text"/>	
	TEL	<input type="text"/>		FAX	<input type="text"/>	

**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		294-0846	294-0472	294-1399	294-9433

  

枚数	デザイン	3C-6	OR-2	OR-3
300枚		294-1741	294-0090	294-5848
500枚		294-8989	294-0425	294-1403
1000枚		294-7124	294-4822	294-3322

在庫限りで販売終了

●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お客様のご負担になります。(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。)  
 ※版下作成後にデザインを修正される場合は1度目の版下代(下記)と同額を請求させていただきます。

この診察券は初めて作ります。	初回・変更の場合	ロゴは使用しません。【版下代 ¥3,800(税別)】	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。
内容に変更があります。		ロゴを使用します。【版下代 ¥6,000(税別)】	宛先: feedcs@feedcorp.co.jp
前回と同じです。		オリジナルデザインです。【版下代 ¥8,000(税別)】	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。** オリジナルデザインのお客様はご記入不要です。別途お送りする[レイアウト用紙]にご記入ください。(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	<input type="text"/>		休診日	<input type="text"/>	
ご住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		診療時間	午前	午後
TEL.	( <input type="text"/> )		URL	http:// <input type="text"/>	

(※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。)

<input type="checkbox"/> メール希望	<input type="checkbox"/> FAX希望
メールアドレス: <input type="text"/>	
※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 <input type="text"/>	

<b>お支払い方法</b> 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。	
<input type="checkbox"/>	コンビニ・郵便局払い
<input type="checkbox"/>	代引き ※50万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"/>	クレジットカード FAX注文でクレジットカードをご利用いただくには事前登録が必要です。申込書送付をご希望される方は下記□に✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/> クレジットカード支払い申込書送付を希望する。
■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。	