



オリジナル

リコールはがき 注文書

FAX 0120-004-506

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	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。

① ご注文回数
今回ご注文いただくリコールはがきについて
(該当するものに○をご記入ください)

<input type="radio"/>	このリコールはがきは初めて作ります。【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が掛かります。
また、2回目以降のご注文で内容を変更される場合も版下代が掛かります。

② 枚数の選択
希望枚数をお選びください。
(どちらかに○をご記入ください)

500枚 【¥7,800(税別)】

1000枚 【¥13,500(税別)】

③ 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「リコールはがきロゴ」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、当注文書と一緒に、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、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。

④ 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	R	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

「定期検診のご案内はがき」(FR-001~026)をご注文の方は、下記⑤の「1文目」~「4文目」から、それぞれ1つずつお選びください。

⑤ 文の選択 「定期検診のご案内はがき」のみ
ご希望の文をお選びください。

1文目	<input type="checkbox"/> ①その後、歯の調子はいかがですか？
	<input type="checkbox"/> ②その後、入れ歯の調子はいかがですか？
	<input type="checkbox"/> ③その後、お口の健康はいかがですか？
2文目	<input type="checkbox"/> ①検診の時期が来ましたのでお知らせいたします。
	<input type="checkbox"/> ②健康な歯と歯肉を守るため、定期的にお口の中のチェックを受けられることをおすすめいたします。
	<input type="checkbox"/> ③あなたの歯と歯肉の健康を守るために、そろそろ定期検診をおすすめいたします。
3文目	<input type="checkbox"/> ①いつまでも健康で快適な毎日を過ごすために、歯と歯肉の健康を保ちましょう。
	<input type="checkbox"/> ②検診では、虫歯と歯周病のチェック、歯石の除去、ブラッシング指導を行います。
	<input type="checkbox"/> ③<検診の内容> <input type="checkbox"/> 虫歯と歯周病のチェック <input type="checkbox"/> 治療後の経過観察 <input type="checkbox"/> 歯石の除去 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導
4文目	<input type="checkbox"/> ①ご都合の良い日時をお電話にてご予約ください。スタッフ一同、お待ちしております。
	<input type="checkbox"/> ②ご都合の良い日時をお電話にてご予約ください。なお、当日は、診察券と保険証をお持ちください。
	<input type="checkbox"/> ③ご都合の良いときに、診察券と保険証をお持ちのうえ、ご来院ください。

2 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。印刷不要な項目は空欄で構いません。前回と同様の場合はご記入不要です。)

医院名	休診日	
〒 □□□□-□□□□	診療時間	午前 □□:□□ ~ □□:□□ 午後 □□:□□ ~ □□:□□
	URL	http://
TEL. □□□□-□□□□		

(**貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

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。

コンビニ・郵便局払い

代引き

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。

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。

フィード株式会社

〒220-6119 横浜市西区みなとみらい2-3-3 クイーンズタワーB 19階
TEL 0120-004-502 受付時間:月曜~土曜 9:00~20:00(休業日/日曜、祝日)

FAX 0120-004-506

24時間受付 ●番号はおかけ間違いのないようお願いいたします。

用紙番号
D51-04