FEED

# Aパターン オリジナル診察券 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 上記ご請求先と異なる場合のみご記入ください | | | |
|---|---|---|---|
| | 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-1 | 3C-4 | 3C-5 | 3C-6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 300枚 | 294-9300 | 294-8472 | 294-5583 | 294-3215 | 294-6918 | 294-6590 | 294-1741 |
| 500枚 | 294-7715 | 294-4598 | 294-0566 | 294-8061 | 294-2589 | 294-6841 | 294-8989 |
| 1000枚 | 294-0846 | 294-0472 | 294-1399 | 294-0257 | 294-9433 | 294-5833 | 294-7124 |

| 枚数＼デザイン | 4C-7 | 4C-8 | OR-1 | OR-2 | OR-3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 300枚 | 294-5383 | 294-9454 | 294-3810 | 294-0090 | 294-5848 |
| 500枚 | 294-6009 | 294-4732 | 294-4596 | 294-0425 | 294-1403 |
| 1000枚 | 294-1487 | 294-3324 | 294-2721 | 294-4822 | 294-3322 |

「オリジナルデザイン」をご注文の方には、当注文書を受領後、「レイアウト用紙」をお送りします。

●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。 |
| | 内容に変更があります。 |

初回・変更の場合

| | | |
|---|---|---|
| | ロゴは使用しません。 | 【版下代 ¥2,500（税別）】 |
| | ロゴを使用します。 | 【版下代 ¥4,500（税別）】 |
| | オリジナルデザインです。 | 【版下代 ¥6,000（税別）】 |

| | |
|---|---|
| | 前回と同じです。 |

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ご郵送ください。
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。 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 | | 休診日 | |
| ご住所 | 〒□□□-□□□□<br>TEL.　　（　　） | 診療時間 | 午前：　午後： |
| | | URL | http:// |

（※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 D51-03