FEED

B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。

①ご注文回数

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)

○	この診察券は初めて作ります。	【版下代￥2,000(税別)】
○	内容に変更があります。	【版下代￥2,000(税別)】
○	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「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
ロゴデータがない場合は、ロゴが印刷された印刷物と、この「専用注文書」を一緒にし、下記住所(カスタマ・サービスデスク)までお送りください。
※印刷個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ます。解像度が低いデータではお受けできないことがございます。
当社でデザインからの作成はお受けできません。

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。

F	S	－			

※「カラーバリエーション診察券」はカラーごとにデザイン番号が異なりますのでご注意ください。

④素材の選択

プラスチック診察券は厚さを、ペーパー診察券は裏面のデザイン(無料)もお選びください。

○ プラスチック診察券 (厚さ0.4mm)　○ プラスチック診察券 (厚さ0.75mm)

○ ペーパー診察券 (裏面「氏名枠なし」タイプ)　○ ペーパー診察券 (裏面「氏名枠あり」タイプ)

氏名枠なしタイプ

氏名枠ありタイプ

⑤枚数の選択

希望枚数をお選びください。
(該当するものに○をご記入ください)

プラスチック診察券の方	ペーパー診察券の方
○ 500枚	○ 500枚
○ 1000枚	○ 1000枚

⑥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(カタログP1010)をご購入される方はこちらもお選びください。
※ペーパー診察券の裏面には印刷が入るためシールは不要です。

○	氏名枠ありタイプ	【1000枚￥2,800(税別)】
○	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	
ご住所	〒□□□－□□□□ 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 D51-02