FEED Cパターン 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／枚数

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)

	注文パターン	枚数	通常デザイン価格(税別)	キャラクターデザイン価格(税別)
○	**初回・変更注文** (初めて注文/デザイン変更)	500枚	¥21,600	¥24,600
○		1,000枚	¥36,200	¥37,700
○	**リピート(2回目以上)注文** (前回と同じデザインで注文)	500枚	¥17,200	¥18,200
○		1,000枚	¥32,800	¥34,600

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】

ロゴを使用される場合：
お手元のデータ(JPEG形式等)をメールにてお送りください。

ロゴのデータをお持ちでない場合：
ロゴの使用はできませんのでご了承ください。

※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

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。

□□－□□

④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(商品コード：7877126)をご購入される方はこちらもお選びください。

○	~~氏名枠なしタイプ~~ **取扱中止**	~~【1000枚￥2,800(税別)】~~
○	氏名枠ありタイプ	【1000枚￥2,890(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		
		診療時間	午前	午後
ご住所	〒□□□－□□□□ TEL.			
		URL	http://	

(※貴院のHPを載せたい際にご記入ください)

3 イメージ図送付先のメールアドレスをご記入ください。

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。

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 D52-14W