

回数券ご注文書

必要事項をご記入の上、FAXをお送り下さい。

紙製 【6枚綴り】 55mm×182mm 【11枚綴り】 55mm×272mm	①	表面デザイン	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06
		綴り	<input type="checkbox"/> 6枚綴り <input type="checkbox"/> 11枚綴り
	②	テキスト 変更内容	(例) マッサージコース 40分 利用期限 20XX年3月31日
		オリジナル テキスト	
		ご注文枚数	<input type="checkbox"/> 100枚 <input type="checkbox"/> 200枚 <input type="checkbox"/> 300枚 <input type="checkbox"/> 400枚 <input type="checkbox"/> 500枚 <input type="checkbox"/> 1,000枚 <input type="checkbox"/> 2,000枚 <input type="checkbox"/> 3,000枚 <input type="checkbox"/> その他 _____ 枚

回数券記載事項

医 院 名			
医院ご住所	〒		
医院ご連絡先	TEL	FAX	
診療時間		休 診 日	
ご 要 望 欄			

お客様情報

ご担当者名	フリガナ		
メールアドレス	※回数券のデザインを校正していただく時に必要です。必ずご記入ください。		
お届け先	<input type="checkbox"/> 同上	別住所にお届け 〒	
		TEL	FAX

納品希望日	※校了から1週間～10日程度での納品です。	制作スタート日	<input type="checkbox"/> すぐに制作スタート <input type="checkbox"/> 価格を確認後、制作スタート
-------	-----------------------	---------	--

<個人情報の取り扱いについて>1.個人情報の利用目的について 2)当社サービス提供(制作に関する連絡、制作物配送)のため。2.個人情報の第三者提供について 取得いたしました個人情報につきましては、ご同意の上で、当社Webデザインギャラリーへお写真を一定期間において掲載させて頂く場合がございます。3.個人情報の業務委託について 取得いたしました個人情報につきましては、制作を行う上で、個人情報の取り扱いを第三者に委託する場合がございます。4.個人情報の開示等について 当社は、お客様が自己の個人情報について、個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の請求などの全てに応じることができる権利を有している事を確認し、ご本人様より要求があった場合、開示等の求め(開示等の手続き 参照)に応じます。5.提供の任意性及び留意点個人情報の提供は任意ですが、必要な個人情報をご提供頂けない場合は、利用目的(1項)が達成できない場合がございます旨、ご了承下さい。<個人情報保護方針、開示等、苦情及び相談窓口>株式会社キューズプラス 個人情報保護管理者 取締役中嶋 530-0047大阪府大阪市北区西天満2丁目6-8堂島ビルディング6F TEL:06-6131-2205 FAX:06-6131-2206 受付時間 9:00~17:00 (月~金曜日 但し当社休業日を除く)

おまの診察券  **06-6131-2206**

株式会社 キューズプラス TEL 06-6131-0276
〒530-0047 大阪市北区西天満2丁目6-8 堂島ビルディング6F