

診察券ご注文書

プリントアウトして必要事項をご記入の上、FAXをお送り下さい。

紙製 86mm×54mm	制作タイプ	<input type="checkbox"/> ノーマルタイプ <input type="checkbox"/> 光沢加工タイプ <input type="checkbox"/> マット加工タイプ 【ご注意】 光沢加工、マット加工タイプの場合、 表面は必ず油性ペンでご記入ください。 文字がかすれることがございます。気になる場合は、裏面に記入枠があるデザインをお選びください。	
	角丸加工	<input type="checkbox"/> 角丸加工なし <input type="checkbox"/> 角丸加工あり ※オプション料金が加算されます。	
	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	
プラスチック製 86mm×54mm (約10日納期)	制作タイプ	<input type="checkbox"/> プラスチックタイプ(※標準で角丸加工がついております) 【ご注意】 表面は必ず油性ペンでご記入ください。 文字がかすれることがございます。気になる場合は、裏面に記入枠があるデザインをお選びください。	
	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	
表面デザインNo.	No.	裏面デザインNo.	No.

■診察券記載事項

医院名			
医院ご住所	〒		
医院お電話番号	TEL	FAX	
診療時間	休日		
裏面コメント			
保険表記	(例) 国・社・組・共・前・後・交・親・障・生		
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	診察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。		
診察券お届け先	<input type="checkbox"/> 同上	別住所にお届け	
		〒	
		TEL	FAX



06-6131-2206