

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。

診察券タイプ	<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、必ず油性ペンでお名前をご記入ください。お名前の文字がかすれることがございます。気になる場合は、裏面にお名前の枠があるデザイン、またはノーマルもしくはマット加工タイプをお選びください。			
角加工	<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"/> 1,000枚	<input type="checkbox"/> 200枚 <input type="checkbox"/> 2,000枚	<input type="checkbox"/> 300枚 <input type="checkbox"/> 3,000枚	<input type="checkbox"/> 400枚 <input type="checkbox"/> その他 _____ 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		休診日	
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

みんなの診察券



06-6131-2206