

健診DM・お知らせハガキ

FAX申込書

この度はご注文頂き誠にありがとうございます。
もれなくご記入の上、FAXにてお送り下さい。

ご希望DMのNo.をご記入下さい。

写真面

切手面

印刷前の確認方法はございますか？

FAX・WEB・宅配便(別料金)

※医院様データは過去にご注文頂き、変更が無い場合は医院様名、TEL以外のご記入は不要です。

※医院様名(読みがな)

ご担当者名 様

ご住所 〒

(フリーダイヤルの場合は両方ご記入下さい。)

※TEL.

FAX.

URL

e-mail

診療科目

診療・受付時間／休診日

文章等に変更希望の箇所はありますか？ (ある・ない)

※文例の中から一部変更の場合(例:健診→検診) ()

※文章全体を変更の場合はメールで文面を送信して下さい。(無料)

※書体を変更したい場合(書体No. 変更箇所)

★医院様ロゴ・ロゴマークはありますか？ (ある・ない)

ロゴがある場合、当社に頂けるのは(データ添付・印刷物[トレース料別料金])

※指定ロゴがない場合(こちらでご用意した書体からお選び下さい)
(書体No.)

その他

お取引ディーラー社名

担当者名

様

●用紙

A・B

●印刷枚数

枚

●ご希望納品日

迄

最終確認後 約10営業日

※混雑具合によってはご希望に沿えない場合があります。

株式会社ベイクリエーション FAX.045-861-0951