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どうしますか？
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