

# 診察券・メンバーズカード

## —— 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。

ご希望のNoをご記入下さい。

カラー面                      裏面・シール  
印刷前の確認方法はどちらですか？  
FAX ・ WEB ・ 宅配便(別料金)

過去にご注文頂き、変更が無い場合は医院様名、店舗名、TEL以外のご記入は不要です。

医院様名・店舗名(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・受付時間 / 休診日 / 診療科目

営業時間 / 定休日

変更希望の箇所はありますか？ ( ある ・ ない )

書体を変更したい場合 (書体No.              変更箇所                      )  
その他

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

板厚

0.3mm    0.5mm

印刷枚数

枚

ご希望納品日

最終確認後 約20営業日

迄

混雑具合によってはご希望に沿えない場合があります。

株式会社バイクリエーション FAX .045 -861 -0951