再版申込FAX用紙 FAX.045-861-0951

この度はご注文頂き誠にありがとうございます。
必要事項をご記入の上、FAXにてお送り下さい。

医院様名（読みがな）

ご担当　　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.

e-mail

再版ご希望の商品にチェックを付けて下さい

□健診（検診）はがき　□中断患者用案内はがき　□バースデーはがき
□診察券　□カルテ　□名刺　□ショップカード（医院カード）
□その他（　　）

ご意見・ご希望が有りましたらご記入下さい。

納品履歴のFAX・メールが必要ですか？

□ 必 要　□ 不 要

ご希望印刷枚数

枚

ご記入日時　　年　　月　　日

株式会社ベイクリエーション　FAX.045-861-0951