ピーディーアール
P.D.R.

ご注文日（FAX送信日）　月　日 送信

P.D.R.名入れ工房 専用FAXご注文書

診察券

P.D.R.使用　1731

ご登録電話番号

お電話番号をお客様番号として登録していますので、左詰めでハイフン（－）もマスに入れ必ず市外局番からご記入ください。

FAX番号（内容・校正等ご確認いたしますのでFAX番号を必ずご記入ください。）

ご請求先お名前　様

ご注文担当者様　様

ご注文・お問い合わせはこちら

FAX 0120-108649
※おかけ間違いのないようご注意ください　イレバムシク

《ご注意事項》
1.ご注文後にキャンセルされた場合は製版代をいただきます。
2.他の名入れ印刷と版の共有はできません。
3.カタログに掲載されている商品の中で、都合により予告なく
デザインや紙質・色が変更になる場合がございます。予めご了承ください。

① 商品番号とご注文数量をご記入ください

商品番号　□□-□□□

商品名

ご注文数量（○をつけてください）
100枚 ・ 300枚 ・ 500枚 ・ 1000枚　※2,000枚以上のご注文はご相談ください

裏面シール（100枚入）
※紙製診察券はあらかじめ裏面に名前欄なしシールと同じ内容が印刷されています。

書き替え可能	55-1978	袋
名前欄あり	55-9720	袋
名前欄なし	55-2896	袋

② 印字内容をご記入ください

（ご希望のものに✓を入れてください）

□ 新しく申し込む・印刷内容を変更する
製版代 3,000円かかります。

前回同様
※製版代は無料。
（前回ご注文より3年以内に再注文の場合）
□ レイアウト見本確認 不要
※印刷後の返品は承れませんのでご注意ください。
□ レイアウト見本確認する
※ご注文の翌日以降に、前回のレイアウトをFAX致します。

●書体をお選びください（ご希望のものに✓を入れてください。）

□ 1.ゴシック P.D.R. 歯科医院　□ 2.丸ゴシック P.D.R.歯科医院

●印刷する情報をご記入ください

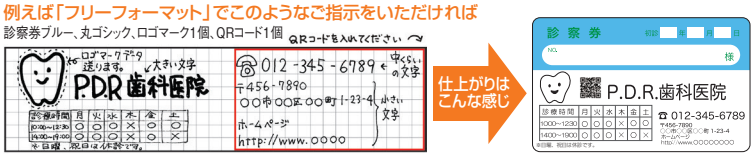
□ 既成フォーマット

郵便番号	□ 不要	□ 必要　□□□-□□□□
ご住所		
お名前（医院名）		

お電話番号	ご希望のマークに✓を付けてください。 ☎ TEL　－　－			
診療時間	診療する曜日に○印をつけ、診療時間をご記入ください			
	月・火・水・木・金・土・日		月・火・水・木・金・土・日	
	午前	午後	午前	午後
	～	～	～	～
休診日				

□ フリーフォーマット
印字スペース㊤:黒枠内
印字スペース⚠:赤枠内にご記入ください。
FAXで文字がつぶれる可能性があるので、文字は大きめにご記入ください。

例えば「フリーフォーマット」でこのようなご指示をいただければ
診察券ブルー、丸ゴシック、ロゴマーク1個、QRコード1個



●オプションについて

□ ロゴ 3,000円　□ QRコード 2,000円

③ お支払い・お届けについてご記入ください

※名入れ工房商品と他商品は別送のため、同時にご注文いただいた場合でも、各々のご注文金額が4,800円（税抜）未満の場合はそれぞれに別途送料600円（税抜）がかかります。

お支払方法（番号をご記入ください）
□ 1. 代金引換　2. コンビニ・郵便振込
3. 口座自動引落　4. クレジットカード
初めてカードをご利用の場合はお電話もしくはオンラインショップにてご注文ください。

※確認完了後約3営業日後に発送いたします。
月　日　曜日 ← お届け日のご希望があればご記入ください。

その他通信欄

※一部地域や印刷内容確認に時間がかかる場合、祝日がある週は1週間以上お時間をいただく場合がございます。
※ロゴマーク印刷の場合は、データ受取後1週間いただきます。
※商品代金の他、別途消費税を頂戴いたします。
※お客様の個人情報は、弊社の営業活動のみに使用いたします。

キリトリ線