

ご注文日
(FAX送信日)

月 日 送信

薬袋・封筒 合わせて10パックシリーズ

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.文字・ロゴ・QRコードの色は黒色のみです。
- 4.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・色が変わ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	数量
□□ - □□□□		パック
□□ - □□□□		パック
□□ - □□□□		パック
□□ - □□□□		パック
□□ - □□□□		パック
必ず10パック以上でお申し込みください。		合計
		パック

キ
リ
ト
リ
線

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 1,500円がかかります。

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)

〒480-1132 長久手市上川原6番地7 <input type="checkbox"/> 1.ゴシック ピーディーアール歯科医院 Tel 0120-108-648	〒480-1132 長久手市上川原6番地7 <input type="checkbox"/> 2.丸ゴシック ピーディーアール歯科医院 Tel 0120-108-648
---	--

●貴院の情報をご記入ください

郵便番号 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 □□□□ - □□□□	お名前 (医院名)
ご住所	お電話番号

●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。

その他通信欄

※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。

※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。