ピーディーアール
P.D.R.

P.D.R.名入れ工房 専用FAXご注文書

薬袋単色刷りシリーズ

ご注文日（FAX送信日）	月　日送信

ご注文枚数 ※注文書が2枚以上の時にご記入ください。	枚目／　枚中

オンライン

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。
4.印刷後の返品は承ることができません。

① 商品番号とご注文数量

商品番号	商品名	数量（○をつけてください）
		200枚・500枚・1000枚
		200枚・500枚・1000枚
		200枚・500枚・1000枚
		200枚・500枚・1000枚

※2,000枚以上のご注文はご相談ください

② 印字内容

（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円かかります。

前回同様
- ☐ レイアウト見本確認 不要
  ※デザインのみ変更の場合でもレイアウトの確認をお願いする場合がございます。
- ☐ レイアウト見本確認する

●印刷する情報

郵便番号	☐ 不要	☐ 必要　☐☐☐-☐☐☐☐
ご住所		
お名前（医院名）		
お電話番号	―	―

●オプションについて

☐ 歯っぴいくんロゴ 0円　※基本製版代はかかります。
☐ 医院様オリジナルロゴ 3,000円
☐ QRコード 2,000円

※ロゴ、QRコードのデータは**yakutai@pdr.co.jp**までEメールで送信ください。※確認用のレイアウトをお送りするのに1週間程度かかります。

③ お支払いとお届けについて

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（スマホ決済）
3. 口座自動引落　4. 前回と同じクレジットカード※

※初めてカードをご利用の場合はお電話にてご注文ください。

その他通信欄

レイアウト確認完了後、最短4営業日後に発送いたします。

【ご注意】・ご注文商品の販売価格についてはオンラインショップをご確認ください。・商品代金の他、消費税を別途頂戴いたします。・お支払期日については総合カタログもしくはオンラインショップのご利用ガイドをご確認ください。・返品交換やキャンセルについては、オンラインショップのご利用ガイドをご確認ください。・直送品は別便になります。・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。