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

診察券

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

ご請求先 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。）

事業所名　　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　イレパムシク

《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

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。

名前欄あり	55-9720	袋
名前欄なし	55-2896	袋

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 3,000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

●書体

☐ 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

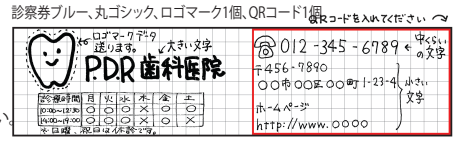
☐ 既成フォーマット

郵便番号	☐ 不要	☐ 必要　□□□-□□□□
ご住所		
事業所名（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
Aグループ：黒枠内
Bグループ：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



仕上がりはこんな感じ

●オプションについて

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

※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 お支払いについてお届けに

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。

・1回のご注文合計金額が5,800円（税抜）未満のご注文は、別途送料として800円（税抜）をご負担いただきます。
・商品代金の他、別途消費税を頂戴いたします。
・お支払い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覧ください。
・名入れ工房商品と他商品は別送となります。
・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。