ピーディーアール



日 送信

ご注文枚数 枚目/ 枚中

243701

(定期検診のおしらせはがき・治療中断復帰はがき)

必須	ご	請求	先				
ご登録電話番号 ※左詰める	でハイフン(ー) もマスに	入れ、 必	ず市外局	番から	ご記入く	にださい。
AX番号 ※内容、校正等确	認いたしま	すのでFAX	番号を必	ずご記え	くださ	い。	
事業所名							様
『発注担当者様 様					様		

ご注文・お問い合わせはこちら

《ご注意事項》

前回同様

- 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。

商品番号	商品名	数量
		袋
		袋
		袋
<u> </u>	_	

(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

1,500円かかります。 製版代 ※初回製版・変更時のみ

ノイアウト見本確認 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。

/イアウト見本確認する

▶書休 ※文章も医院名も同じ書体になります。

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(レイアウトはおまかせください。見本はP.348をご覧ください。)

郵便番号	不要	必要	-	お電話番号		_	_	
				診療時間	診療す	る曜日に○印をつけ、	診療時間をご記入くた	ぎさい
ご住所			不要	月・火・水・木	・金・土・日	月・火・水・ス	月・火・水・木・金・土・日	
				必要	午前	午後	午前	午後
お名前 (医院名)				ご記入ください。	~	~	~	~
URL	不要	必要 URLをご記入ください。		休診日不要	必要ご記入ください。			
●文章	の選択		おしらせはがる を選択してください。	き 治療	療中断復 帰	けがき ※	《P.350掲載の文:	章となります。
	料定型文	②オリジナルメ	ッセージにする		150字以	内」をオリシ	バナル文章製版(代 1,500円
※P.350の第 よりお選	にり選ぶ 無料定型文 びいただき 記入ください。							
34 -	_							
●オプションについて								
※ロゴ、QRコー	・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。※宛名面の印刷をご希望の方は別途製版代+印刷代選							

お支払方法 (番号をご記入ください)

その他通信欄

1. 代金引換

2. コンビニ・郵便振込(スマホ決済)

4. 前回と同じクレジットカード* 3. 口座自動引落

Diners Club	VISA
-------------	------



※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。

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。

ノイアウト確認完了後、

- ・商品代金の他、別途消費税を頂載いたします。 ・お支払い期日についてはP.384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。