

該当する必要事項欄にご記入、または をつけてください。

■ご注文カード 標準プラスチックカード診察券

① ご注文枚数 枚

② 厚み 0.76mm 0.5mm 0.3mm

※『標準プラスチックカード診察券』はご使用の色数に関係なく『両面フルカラー印刷（デジタルオフセット印刷）』となります。

③ ご希望のオプションをお選びください。

	サインパネル	シルク印刷パネル	磁気ストライプ	箔押し
表面	<input type="checkbox"/> (白)	<input type="checkbox"/> (白) <input type="checkbox"/> (透明)	<input type="checkbox"/> (色:)	<input type="checkbox"/> (色:)
うら面	<input type="checkbox"/> (白)	<input type="checkbox"/> (白) <input type="checkbox"/> (透明)	<input type="checkbox"/> (色:)	<input type="checkbox"/> (色:)

磁気ストライプ色…【黒・銀・金・紺】

箔押し色…【金箔(ツヤあり)・金箔(ツヤ消し)・銀箔(ツヤあり)・銀箔(ツヤ消し)・黒箔・白箔・メタ紺・メタ緑・メタ赤】

既製裏面シールをご希望の場合は、ご希望の種類をお選びいただき、枚数をご記入ください。

既製裏面シール パターン **A**

月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :

既製裏面シール パターン **B**

No.	名前
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :
月 日 [] :	月 日 [] :

ご注文枚数 枚

※診察券 FAX フォーム②も忘れずにご記入ください

ご注文者様お名前

フリガナ	フリガナ
お名前	貴院名
TEL	FAX

該当する必要事項欄にご記入、または をつけてください。

■ご注文カード

標準プラスチックカード診察券

④ ご希望のデザイン作成方法をお選びください。

- 現在使用中の診察券と同じものを作りたい（※弊社まで診察券をご郵送ください）
- テンプレートからデザインを選ぶ 【※デザイン注文用フォームを別途ご記入の上、FAX してください】
- オリジナルデザインを依頼 【※デザイン注文用フォームを別途ご記入の上、FAX してください】

備考（現在ご使用の診察券と同じ物をご作成希望で、一部内容に変更がある場合やご希望がございましたらこちらに記入ください）

フリガナ	フリガナ
お名前	貴院名
TEL	FAX
ご住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

納品先

- ご注文者様住所(上記と同じ) 別の送付先(以下に送付先情報をご記入ください)

フリガナ	TEL
送付先の病院名またはお名前	
ご住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
送り主名	