

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

## ラミなし診察券

① ご注文枚数

枚

② 厚み

 0.56mm 0.4mm

③ ご検討色数をお選びください。

表面

 0色(無地) 1色 2色 3色 4色(フルカラー) その他

うら面

 0色(無地) 1色 2色 3色 4色(フルカラー) その他

④ ご希望のオプションをお選びください。

表面

 シルク印刷パネル(白) シルク印刷パネル(透明)

うら面

 シルク印刷パネル(白) シルク印刷パネル(透明)

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

## ラミなし診察券

⑤ 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	