



Ci 2027年 カレンダー 専用注文書

送信枚数

TEL (必須)		備考欄	
医院様名 (必須)	(フリガナ) 様		
FAX (必須)		休業日 (必須)	
メールアドレス	※メールで校正をご希望の場合は、お送りするメールアドレスをご記入ください。なるべく大きくはっきりご記入ください。		

・お申し込みにあたり ※必ずご確認ください。-----
・校了後のお客様の都合によるキャンセルは実費をいただきますのでご了承ください。
※校正は2回まで。校正及び修正には1週間かかります。 ※【SA418】歯っぴいデンタルカレンダーには校正はありません。

	商品コード	品名	部数(必須)	金額(税込)
1	142-SA001	3色文字月表		
2	142-SA002	セブンアースカラーズ		
3	142-SA003	ドッグ マンスリー		
4	142-SA004	キャッツ マンスリー		
5	142-SA300	世界遺産マンスリー		
6	142-SA500	ほのぼのえとこよみ		
7	142-SA600	歯っぴいデンタルカレンダー(名入れあり)		
8	142-SA008	デスクプランメモ15ヶ月		
9	142-SA700	みんなの健康生活		
10	142-SA418	歯っぴいデンタルカレンダー(名入れなし)		
11	142-SA999	ロゴ(○印をつけてください) ※黒一色刷りです(3色スケジュールプラン、 歯っぴいファミリーカレンダーは文字と同色です)		あり・なし



※名入れ部分は黒1色となります。
※卓上タイプは下記の印刷色より
お選びください。

ロゴ印刷をご希望の場合はメールでデータを送付ください。▶ E-mail : print@ci-medical.com

印刷内容ご記入欄			
医院名			
住所			
TEL			
診療時間			
休診日			
デスクプランメモ15ヶ月箔押	金・銀 指定なき場合は金となります。	文字体 (○印をつけて ください)	丸ゴシック・角ゴシック・明朝体 指定なき場合は丸ゴシックとなります。
歯っぴいカレンダー印刷色 (○印をつけてください)	黒・赤・緑・青 指定なき場合は黒となります。		