



Ci 診察券・リコールカード・薬袋 専用注文書

送信枚数

注文内容 (○印をつけてください)	紙ベース診察券・プラスチック診察券・リコールカード・薬袋 (印刷ありのみ)		
TEL (必須)		備考欄	
医院様名 (必須)	(フリガナ)	様	
FAX (必須)		休診日 (必須)	

・お申し込みにあたり ※必ずご確認ください。-----

・校正に入りました際、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。

・校正期間は6ヶ月となります。期間内にご連絡がない場合はキャンセル扱いとなり、キャンセル料をご請求させていただきます。

・ロゴマーク・QRコードのデータ送付先 ※リピート注文の場合は不要です。

【〒929-0112 石川県能美市福島町に152番地 (株)歯愛メディカル プリントセンター行】【E-mail:print@ci-medical.com】

	商品コード(必須)	シリーズ(必須)	枚数(必須)	金額
1				
2				
3				
4				
5				
6				

オプションサービス(別料金)
(ご希望の方のみ○印をつけてください)

表組・ロゴ・QRコード
(文字色と同色になります。料金はカタログをご参照ください)

ロゴ・QRコードのデータ送付方法
(ロゴ・QRコード有の場合、○印をつけてください)

郵送・メール

作成QRコードのURLご記入欄
(QRコード作成の場合、ご記入ください)

○印をつけてください	①初回 ②シリーズ変更 ③医院情報変更 ④文章変更 (リコールカードのみ) ⑤全て変更なし	※①～④の場合は初回料金がかかります。
------------	--	---------------------

●リコールカードは、同一シリーズかつ同一文章のみ、500枚単位の組合せが可能です。

リコールカード (○印をつけてください) (D/Eシリーズ、PK61、MP61は除く)	No.1・No.2・No.3・No.4・No.5・No.6・ No.7 ・No.8・No.9・オリジナル (差し替え文章 No. の内容についてはカタログをご確認ください。オリジナル文章の場合は、文案をお送り願います。)
---	--

印刷内容ご記入欄(上記で⑤全て変更なしの場合はご記入は不要です)

医院名

住所

TEL

診療時間

休診日

文字体 (○印をつけてください)	丸ゴシック・角ゴシック 指定なき場合は丸ゴシックとなります。
----------------------------	--