Ver 3.1

# Ｃｉメディカル　医院名スタンプ専用注文書

FAX 方向

**ご注文FAX：0120−418167**

| 枚数 | / |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TEL | | FAX | | 休診日 | |
| 医院様名 | 様 | | ご注文担当者 | | |
| お届け先<br>ご住所 | 〒<br>（既にご登録があり変更がないお客様は ご住所の記入は不要です） | | | 他にFAX注文書がある場合チェック | ある □ |

## (1) ご希望のタイプ・書体に○を付けて下さい。（サイズは固定となります）

| タイプ名（サイズ） | 書体 | 数量 | 単価 | 金額 |
|---|---|---|---|---|
| A ゴム印　（21×54㎜）13259・64944・77333・M0806 | 楷書 ・ 丸ゴ ・ 明朝 | | | |
| A インク印（21×54㎜）13326・64945・77334・M0807 | 楷書 ・ 丸ゴ ・ 明朝 | | | |
| C ゴム印　（22×66㎜）13261・64948・77335・M0808 | 楷書 ・ 丸ゴ ・ 明朝 | | | |
| C インク印（22×66㎜）13328・64949・77336・M0809 | 楷書 ・ 丸ゴ ・ 明朝 | | | |
| D ゴム印　（27×66㎜）13262・64950・77338 | 楷書 ・ 丸ゴ ・ 明朝 | | | |
| D インク印（27×66㎜）13329・64951・77339・M0810 | 楷書 ・ 丸ゴ ・ 明朝 | | | |

## (2) はんこ内容ご記入欄　（医院名・住所・TELなどをご希望のレイアウトではっきりとご記入願います）

| |
|---|
| |
| |
| |
| |

| 商品コード | 商品名（医院名スタンプ以外） | 数量 | 単価 | 金額 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合計金額　（下記【送料について】をご一読下さい） | | | | |

**【ご注文の流れ】**

①お申し込みいただいた原稿をもとに校正を作成いたします。
　各行の文字の大きさやスペース･配置などのご希望がある場合は分かりやすくご記入願います。
②約３日後にFAXにて校正をお送りいたします。 校正内容の承諾をいただき、スタンプの作成に取り掛かります。
③納期はFAXご返信(校正終了)後、約2週間となります。(混雑時にはさらに日数がかかる場合がございます)

**【送料について】**

総額4,990円(税込)以上のご注文で送料無料となります。
医院名スタンプとその他商品を一緒にご注文いただいた場合、医院名スタンプ仕上がり次第全商品発送いたします。
※沖縄及び離島お客様は各々のご注文額が9,980円(税込)以上で送料無料となります。
※送料がかかっても先にご入用の商品がある際には、その旨を注文書にご記入下さい。(送料550円)

**ご注文ＦＡＸ ： ０１２０−４１８１６７**

【発信元】石川県白山市旭丘2-6 ㈱歯愛メディカル　TEL076−278−8800