



# Ci 印刷物 専用注文書

送信枚数

注文内容 (○印をつけてください)	診察券 ・ 薬袋 ・ 封筒 ・ 歯ブラシ		
	①同一版で変更無 ②変更有 ③初回 ※②③の場合は初回料金がかかります。		
TEL (必須)		医院様名 (必須)	(フリガナ)
FAX (必須)			様

商品コード(必須)	品名(必須)	枚数・本数 (必須)	金額
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**表組 ・ ロゴ ・ QRコード**  
(印刷をご希望の場合のみ○印をつけてください。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)

封筒 (○印をつけてください)	封筒カラー	ピンク・イエロー・ブルー・グリーン・グレー
	印刷スペース	表1・表2・裏3 (洋0ご注文のお客様のみご記入ください)
	文字色	ブラック・ブルー・グレー・グリーン・ブラウン

**印刷内容ご記入欄** 医院名・住所・TEL等を分かりやすくご記入願います  
(注文内容で①を選ばれた場合、ご記入は不要です)

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。) 歯ブラシは丸ゴシックのみです。	歯ブラシ 文字色	金 ・ 銀 (○印をつけてください)
---------------------	--	----------	-----------------------

・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】