



# Meigān 名入れマルチクロス注文書

送信枚数 

<b>医院様名</b> <small>(必須)</small>	<small>(フリガナ)</small>			<b>様</b>
<b>TEL</b> <small>(必須)</small>		<b>FAX</b> <small>(必須)</small>		
<b>メールアドレス</b> <small>(必須)</small>				

ご希望の商品に <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください	商品コード	枚数 <small>(必須)</small>	金額
<input type="checkbox"/> <b>A</b> パンダ	613151		
<input type="checkbox"/> <b>B</b> うさぎ	613152		
<input type="checkbox"/> <b>C</b> シンプルモダン①	613153		
<input type="checkbox"/> <b>D</b> シンプルモダン②	613154		

※1種類につき注文枚数は300枚からのご注文となります。100枚単位でのご注文とさせていただきます。  
複数種類による組み合わせでのご注文はお受けしておりません。(例:  200枚  100枚等ではご注文できません。)

## 印刷内容ご記入欄

**医院名** (必須)

.....

**住 所** (必須)

.....

**T E L** (必須)

.....

**診療時間・休診日** 「診療時間」「休診日」の記載が必要であればご記入ください。  
曜日により同じ時間帯の受付時間が違う場合は表の下に注意書きをご記入ください。

受付時間をご記入ください

曜日の下に「O」または「×」をご記入ください

受付時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
午前 ~ 午後								
午前 ~ 午後								

注意書き [

<記入例>

受付時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
午前 9:00 ~ 午後 12:00	O	O	O	×	O	O	×	×
午後 14:00 ~ 午後 18:00	O	O	O	×	O	×	×	×

※土曜日のみ受付時間は 13:00 になります。

**文字体** (O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。)

お申し込みにあたり ※必ずご確認ください。-----

- ・デザイン作成に入りました際、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1週間となります。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。

【〒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