FAX
送信方向

# 医院名入り説明用リーフレット専用注文書

送信枚数 ／

| | | 備考欄 |
|---|---|---|
| TEL（必須） | | |
| 医院様名（必須） | （フリガナ）<br>様 | |
| FAX（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、キャンセル料を請求させていただきます。

販売単位は1,000枚です。**500枚ずつのみ**組み合わせ可能です。

＜組み合わせ例＞ **OK**

○ 歯周病 500枚 ＋ 虫歯 500枚

＜組み合わせ例＞ **不可**

× 歯周病 400枚 ＋ 虫歯 400枚 ＋ 入れ歯 200枚

× 歯周病 500枚 ＋ 虫歯 500枚 ＋ 入れ歯 500枚

| 商品コード | テーマ | 枚数 | 商品コード | テーマ | 枚数 |
|---|---|---|---|---|---|
| 101516 | 歯周病 | 枚 | 101522 | 知覚過敏 | 枚 |
| 101517 | 口臭ケア | 枚 | 101523 | 補綴治療 | 枚 |
| 101518 | ドライマウス | 枚 | | | |
| 101519 | 歯科矯正 | 枚 | | | |
| 101520 | 虫歯 | 枚 | | | |
| 101521 | 入れ歯 | 枚 | | | |
| ご注文枚数 合計（必須） | | 枚　※1,000枚単位 | | | |

## 印刷内容ご記入欄 ※必ず印刷内容のご記入をお願いします。

名称

住所

TEL

診療時間

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

Cjメディカル　FAX 0120-418167　お問い合わせは TEL 076-278-8800

2022.01