診察券.biz FAXご注文書 リコールはがき用 FAX番号 050-3535-9094

①**太枠内に**必要事項をご記入のうえ、FAX送信ください。
②弊社で内容を確認後、**ご記入いただいたメールアドレス宛に**注文受付・またはご注文内容確認のご連絡をさせていただきます。

●ご注文主さまの情報

ご依頼日 年 月 日

ふりがな **医院名 会社名**	ふりがな **カード名** ※デザイン会社様・広告代理店様など、ご注文主様名義と印刷するカード名が異なる場合にお書きください。
ふりがな **担当者 ご氏名** 様	**e-mail**
ご住所 〒	
TEL	**FAX**
お支払 方法 ※クレカ決済・銀行振込の場合は、商品発送の前日までにお支払い手続きをお願いします。 □代金引換 □クレカ決済(Stripe経由) □銀行振込(お振込名義:)	

上記と**異なる宛先**に商品発送や代金ご請求をおこなう場合、こちらのスペースに発送先・ご請求先の **医院名(会社名)/担当者ご氏名/ご住所/TEL** をお書きください。

発送先 〒

請求先 〒

発送代行
□する
□しない

予備サンプル別送
□する(※有料)
□しない

●今回、新規にご注文いただくリコールはがき

印刷枚数 枚

特急対応 □希望(※有料) □不要

※新規のご開院など、具体的な到着日のご希望がおありの場合は、通信欄に必ずお書きください。

デザインの向き
□縦方向(イメージ:) □横方向(イメージ:)

デザイン作成コース
※テンプレート番号をお書きください
□テンプレートから作成(表: 裏:) □ラフ画を元に □完全データ入稿
□フリーデザイン □診察券デザインを元に □現在のリコールはがきから乗り換え

※次の質問は、デザイン作成コースにて**「フリーデザイン」「診察券デザインを元に」を選択された方のみ**お書きください。

ご掲載内容
□医院名 □ロゴ □ご住所 □電話番号 □FAX番号 □診療科 ※通信欄にお書き下さい
□来院を促すメッセージ(□定型文 □お客様がご用意 ※通信欄に全文お書き下さい。) □患者様名前欄
□一言手書きメッセージ欄 □QR □SNSアカウント( )
□診療時間・休診日( )
□ホームページURL( )

※ロゴ・QRコード・写真などのデータがお有りの方は、ご注文時に弊社メール(web@mie-kurashi.com)宛にお送りください。

通信欄

診察券.biz(しんさつけんドットビズ) 運営:くらし専科株式会社 〒515-0302 三重県多気郡明和町大淀2846-22 TEL 0596-55-2344