

VET用
プラスチック診察券専用注文書
 FAX送信先 0120-004-506

注文年月日	年	月	日
お客様番号		-	

ご請求先

名称 _____

ご住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

お届け先 (ご請求先と異なる場合にのみご記入ください。)

名称 _____

ご住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

1 デザイン／枚数 ご希望のデザインと枚数の□内に○をご記入ください。

枚数	デザイン	
300枚	3C-動物病院	294-4403 <input type="checkbox"/>
500枚		294-8848 <input type="checkbox"/>
1000枚		294-2414 <input type="checkbox"/>

●デザインとロゴの使用について(該当するものに○をご記入ください。)

※2回目以降の変更時はお客様のご負担になります。(デザインや文字内容そのまま色のみ変更する場合も下記料金がかかりますのでご了承ください。)

※版下作成後にデザインを修正される場合は1度目の版下代(下記)と同額を請求させていただきます。

<input type="checkbox"/> この診察券は初めて作ります。	初回・変更 の場合 →	<input type="checkbox"/> ロゴは使用しません。 [版下製版代 ¥3,800]
<input type="checkbox"/> 内容に変更があります。		<input type="checkbox"/> ロゴを使用します。 [版下製版代 ¥6,000]
<input type="checkbox"/> 前回と同じです。		

※ロゴを使用される場合は、使用した資料(名刺、封筒など)を、この注文書と一緒にご郵送ください。

2 インフォメーション内容 楷書ではっきりとご記入ください。空欄の場合は印刷いたしません。

オリジナルデザインのお客様はご記入不要です。別途お送りする[レイアウト用紙]にご記入ください。

医院名		休診日	
ご住所	〒□□□-□□□□	診療時間	午前 午後
	TEL. ()		

通信欄

【お支払い方法】 ○をご記入ください。

預金口座振替の手続きが完了している場合は口座振替以外でのお支払いはできませんので○印は不要です。

<input type="checkbox"/> 郵便局／コンビニからの振込み
<input type="checkbox"/> 宅配代引き ※50万円以上のお支払いは代引きをご利用いただけません。

■空欄の場合は前回と同様とさせていただきます。

■初めてのご注文で空欄の場合は郵便局／コンビニ振り込み用紙をお送りします。

【預金口座振替のお申込み】 ○をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 申込書を希望

■手続きが完了するまでは他のお支払い方法をご指定ください。

FEED フィード株式会社

〒220-6119 横浜市西区みなとみらい2-3-3 クイーンズタワー B19階

お申し込み、お問い合わせはフィード カスタマ・サービスデスクまで

TEL 0120-004-502 FAX 0120-004-506

受付時間：月曜～土曜 9:00～20:00(休業日/日曜、祝日) 24時間受付

●番号はおかけ間違いのないようお願いいたします。