

- シグニオリジナル動物専用薬袋 (総合カタログ vol2 P185 掲載)
- タマカラー動物専用薬袋 (総合カタログ vol2 P188 掲載)
- タマカラーフィラリア用薬袋 標準タイプ (総合カタログ vol2 P189 掲載)
- タマワンカラー動物専用薬袋

ご注文日 年 月 日  枚目 /  枚中  
必ずご記入ください。(納品書、請求書に記載がございます。)

お客様 番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

貴院名	
ご注文 担当者	必ずご記入ください。
電話番号	
FAX 番号	

ご注文記入欄

①～③の番号に添って、太ワク内に○、もしくは☑をつけてください。④の原稿記入欄は新規オーダー及び再オーダー変更ありの場合のみご記入ください。

- 注 ●新規オーダー、再オーダーでのタイプ変更、書体変更、原稿内容変更は版下製作料が追加されます。  
●ロゴについては、商品により対応できないものもあります。カタログ掲載内容をご確認ください。また別途トレース料金が発生する場合があります。  
●初めてのご注文は 30 日以内、2 回目以降のご注文は 21 営業日の発送となります。

1 新規オーダーか再オーダーかをお選びください。

2 書体をお選びください。

A 新規オーダー B 再オーダー  変更なし  変更あり

・ゴシック体	犬猫動物病院
・丸ゴシック体	犬猫動物病院

3 商品番号、商品名、数量をお選びください。

商品番号	商品名	数量				
			セット	セット	セット	セット

原稿記入欄

必要な項目のみご記入ください。ご記入のない場合は、その項目が記載されません。再オーダーで変更なしの方はご記入の必要はございません。変更ありの方は☑をご記入の上、変更点をご記入ください。

4 1マスに1字ずつ大きめの文字でハッキリとご記入ください。(濁点は1マスと数えません。)

- 注 ●裏面に診療時間・休診日の記載も可能です (タマカラーフィラリア用薬袋標準タイプには記載できません)

病院名

住所等 〒

TEL  FAX

※ TEL 番号と FAX 番号が同じ場合は「TEL&FAX」と印刷されます。

診察時間 (30 字以内)

休診日 (30 字以内)

ロゴ  あり  なし

ロゴがある場合は名刺・薬袋等のデータをシグニサービスセンターまでメールでお送りください  
送付先: 〒135-0016 東京都江東区東陽3-7-13 8F シグニ株式会社サービスセンター宛

メールアドレス: [mtl@cygni.co.jp](mailto:mtl@cygni.co.jp)

※印刷物やFAXをお送り頂いても作成は可能ですが、トレース代が別途発生致します。

備考 注意文字などありましたら、ご記入ください。  
例) 吉・吉、高・高、崎・崎など

弊社記入欄(お客様の記入は不要です。) 有 ・ 無

タマカラーフィラリア	オリジナル	タマカラー	タマワンカラー
209816 (初版・変更) <input type="text"/> 個	209175 (初版・変更) <input type="text"/> 個	209700 (初版・変更) <input type="text"/> 個	933919 (初版・変更) <input type="text"/> 個

注文番号			
入力	確認	受付	納期
		/	/