

オーダーメイド薬袋ご注文用紙

(総合カタログ vol2 P185 掲載)

**FAX 又は
メールで受付**

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。

- 注** ●当ご利用ガイドを十分にお読みの上、ご記入ください。
●初めてのご注文は約 1 週間の校了終了後の 30 日以内、2 回目以降のご注文は 20 日以内の発送となります。

1 新規オーダーか再オーダーかをお選びください。(タイプ変更は、新規オーダーになります。)

A 新規オーダー	B 再オーダー	☐ 原稿変更あり	☐ 原稿変更なし
-----------------	----------------	---------------------------------	---------------------------------

- * 初めのご注文の場合は注文用紙を記載後FAX又はメール (スキヤニング) にてお送りください。
* 見本薬袋のデザイン又はロゴ等はメール(データ)を添付し右記のメールアドレスまでお送りください。
FAXや見本を送付いただいても手配可能ですが、その場合、トレース代が別途発生する場合があります。
* 再オーダーの場合はご注文用紙と見本薬袋をFAX又はメールで送付ください。

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

メールアドレス: mtl@cygni.co.jp

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

2 商品番号 (サイズ) をお選びください。

208291 (11切) 145×210mm	208352 (16切) 125×175mm	208437 (25切) 108×142mm	その他 (規格外サイズ) 他色刷り 別途お見積り
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

3 ご注文単位をお選びください。

3 箱	5 箱	10 箱
-----	-----	------

校正希望 (する・しない)

↑ どちらかに○印を付けてください。

- ※「校正希望しない」の場合でも、誤印刷防止の為、弊社の判断
でお問合せすることがございますのでご了承ください。
※再オーダーで内容の変更がない場合は校正はしておりません。
※校正希望の場合、校了時期によっては納期が前後する可能性が
あります。予めご了承ください。

校正確認先 FAX 番号

--	--

弊社記入欄(お客様の記入は不要です。)

校正予定日

年 月 日 ~ 年 月 日

- メーカーより直接 FAX いたします。期日通りお届けする為に、校正原稿
が届きましたら 5 日以内にご返信くださいますようお願い申し上げます。

年 月 日 () 確かにご注文承りました。

仮納期は 年 月 日頃を予定しております。

注文番号	入力