

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	

ご登録番号										電話番号	
分院様名									FAX 番号		

ご注文記入欄 ①～②の番号に添って、太ワク内に○、もしくは☑をつけてください。③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** ●違うタイプを同時にご注文の場合、また同じタイプでも原稿内容を変える場合は、注文用紙を変えてお申し込みください。
●メーカー直送品のため商品はメーカーより、納品書はプロミクロスより別々のお届けとなります。
●版の保管期限は最終のご注文日から3年間です。それ以降のご注文時には新たに版下製作料 500 円が追加されます。
●書体は丸ゴシックのみ

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

☐ 変更なし

☐ デザイン(タイプ)変更あり

☐ 原稿変更あり

*新規オーダー、再オーダーでのタイプ変更、原稿内容変更は版下製作料 500 円が追加されます。

2 タイプ、サイズ、枚数の順に各1つずつ○をお付けください。

1 色刷り				4 色刷り			
A タイプ		B タイプ		C タイプ		D タイプ	
タイプ	サイズ	タイプ	サイズ	タイプ	サイズ	タイプ	サイズ
	2号 3号 4号		2号 3号 4号		2号 3号 4号		2号 3号 4号
枚数		枚数		枚数		枚数	
300枚 500枚 1000枚		300枚 500枚 1000枚		300枚 500枚 1000枚		300枚 500枚 1000枚	

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。

3 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。)

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。

E-mail	
--------	--

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		商品 番号	SPYK-	注文番号	入力	確認	受付	納期
SP-SHR500 個							/	/