

ご注文のしおり

- すべての商品のご注文をいただいてから制作を開始する受注生産品になりますので、お客様のご都合によるキャンセル・変更・返品は受け付けできません。どうしてもキャンセルされる場合については、制作の進行段階に応じ弊社が定めるキャンセル料金をお支払い頂きます。

■ご注文～校正原稿の作成前まで

- ・この段階であればキャンセル料金はかかりません。

■レイアウト作成開始～印刷前まで

- ・キャンセル料 1,500 円（税抜）頂戴いたします。
地図やロゴのトレース料金が発生していた場合は、3,000 円（税抜）頂戴します。

■レイアウト確認承諾後～

- ・ご注文頂いた商品代金全額ご負担頂きます。

- 製作用のデータをお持ちの方は、データでの入稿もお受けしております。但し、現物の診察券のご支給が無い場合は、そのまま印刷致しますので、ご希望の色に合いません。その場合、色味に関してのご返品は一切お受け致しませんので予めご了承ください。

●返品・刷り直しの条件

- ・すべての商品は受注生産品のため、不良または手配違いによるものと弊社が判断した場合のみ、返品または刷り直しを受け付けます。
- ・当社規定枚数以下での不良に関しましては、枚数に応じ返金とさせていただきます。
- ・お客様のご都合による返品、刷り直し、キャンセルは一切お受け致しません。
- ・万一、商品不良がございましたら、大変お手数ではございますが、商品到着後 6 日以内にご購入頂きました販売店様までご連絡ください。
規定の方法により商品を確認し、弊社が商品不良と認めた場合、返品・刷り直しを受け付け致します。

※ご連絡のないご返送商品は受け取りをいたしません。

※商品到着後 7 日以降の交換・返品のお申し出には応じかねます。予めご了承ください。

●刷り直しの場合について

弊社の不備により、交換を受けさせていただく場合、交換商品は同一の商品とさせていただきます。

納品後、色味に関してご納得頂けない場合は、初回の 1 回に限り刷り直しの手配をさせていただきます。お送りした商品をご購入頂いた販売店様までご返品ください。

刷り直しの手配をさせていただきます。

その際、納期はペーパー診察券で～3 週間、プラスチック診察券で 1～1.5 ヶ月となります。尚、刷り直しをしたにも関わらず色味に関してご納得頂けない場合は、誠に申し訳ございませんが、返品対応とさせていただきます。ご購入頂きました販売店様までご連絡ください。尚、以後のご注文をお控えください。

受付番号 BSA使用欄 ※記入不要です。

FAX.052-805-1182

BSA 株式会社ビー エス エーサクライ
〒468-0022 名古屋市天白区高島1-117-1
TEL.052-805-1181

合計 枚の 枚目

① 歯科医院様 診察券ご注文書

医院様名	ご担当者様		
住所			
TEL	FAX		
E-mail	Hpアドレス		
ロゴマーク	あり・なし	ロゴマーク・特殊文字のある場合は、大きくプリントアウトしたもの、もしくは Adobe イラストレータで作成したデータを郵送、または電子データをメール添付 print@bsa-sakurai.co.jp までお送りください。	
診療時間			
休診日			

色味は可能な限り見本の色に近づくよう最大限の努力をしておりますが、複製した場合にどうしても完全に色味を今お使いの診察券と一致させるのは困難です。(2回目以降も含め) あらかじめ何卒ご了承ください。

製作用のデータをお持ちの方は、データでの入稿もお受けしております。但し、現物での支給が無い場合は、成り行きで印刷致しますので、ご希望の色に合いません。その場合、色味に関してのクレーム・ご返品は一切お受け致しませんので予めご了承ください。

診察券 診察券のご注文は 初めて 2回目以降/前回ご注文 (年 月)

① デザインの選択 各デザイン下に記載されている番号をご記入ください。(右詰め)	② 素材の選択 ●プラスチック診察券 <input type="checkbox"/> 厚み 0.2mm <input type="checkbox"/> 厚み 0.4mm <input type="checkbox"/> 厚み 0.75mm <input type="checkbox"/> ●ペーパー診察券	③ オプション選択 <input type="checkbox"/> レディーメード +0円 <input type="checkbox"/> セミオーダー +3,000円	④ 書体の選択 <input type="checkbox"/> 角ゴシック <input type="checkbox"/> 丸ゴシック <input type="checkbox"/> 明朝体

プラスチック診察券の方はうら面シールが便利です。うら面シールを同時購入される方のみご記入ください。
ペーパー診察券の方はうら面タイプをお選びください。
氏名枠なしタイプ
氏名枠ありタイプ
●角丸加工をご希望の方
角丸加工 1枚/5円

⑥ 名入れ項目
 医院名 住所 TEL
 Hpアドレス 診療時間 休診日


(表面に記載する必要な医院情報またはレイアウトをご記入ください。)

③ のオプション選択した際の原稿レイアウト

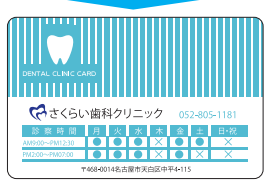
記入例

●カタログデザインのC09-Bをオプションで変更した場合
注文書に希望のレイアウトを記入する。

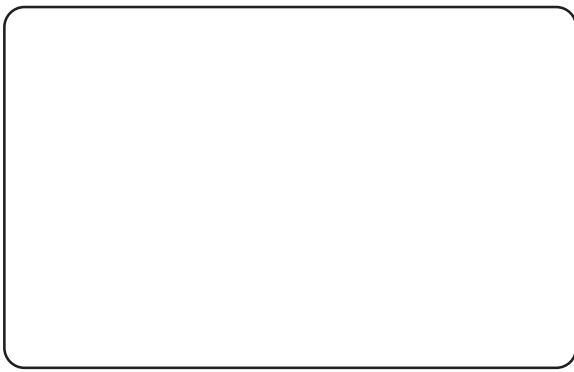
ロゴマークを
入れたい



診療時間の
表を入れたい



オリジナル診察券の出来あがり!!



お取引販売店・ご担当者様名

※必ずご記入下さい。

●お好みのデザインを選んでいただき、この専用注文書にご記入の上、お出入りの販売店ご担当者様へお渡しください。