

# 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 日以内に返品・交換窓口より弊社にご連絡ください。  
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。

## ●返品時の代金

- ・弊社の不備により、返品を受け付ける場合、お客様ご指定の銀行口座に返品該当額をお振込み致します。

・数枚の不良につきましては、ご返送頂き商品確認後、枚数に応じ該当額をお振込み致します。

※ご返送時の送料は着払でお送りください。

※ご返送の際は、配達記録が残り、引受人に手渡しの配送方法（例ゆうパック、宅急便など）でご返送ください。また、送り状の控えは念のため3ヵ月間保管してください。

●刷り直しの場合について

弊社の不備により、交換を受付ける場合、交換商品は同一の商品と限ります。

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。お送りした商品を弊社までご返送ください。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ヵ月となります。尚、刷り直しをしたにも関わらず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。

商品を確認次第、お客様ご指定の銀行口座に返品該当額を返金させていただきます。誠に申し訳ございませんが、以後のご注文をご遠慮頂きますようお願い致します。

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
----	----	----

**ご注文方法**

- ①この専用注文書に必要事項をご記入頂き、FAX 又はメール、郵送にてお送りください。
- ②注文書確認後、当日～2日以内に校正確認原稿をお作りし、下記にて選択頂いた確認方法（FAX・メール・郵送）にて最終金額のご案内とともにお届け致します。
- ③内容をご確認をお願い致します。内容に間違いが無ければお送りした校正確認原稿の署名枠にサインし、FAX 又はメール、郵送にて承諾のご返事をお願いします。  
 ※校正確認は迅速に対応可能なメールでの確認をお奨め致します。
- ④ご指定した銀行口座に代金をお振込みください。  
 ご入金確認後、製作の手配を行います。
- ⑤納期はプラスチックの場合 1～1.5 ヶ月、ペーパーで 3 週間ほどでのお届けとなります。弊社入荷時に納期のご連絡を致します。

**お振込先**

金融機関名： 三菱 UFJ 銀行(0008)  
 支店名： 今池支店 (支店番号 263)  
 口座種類： 当座預金  
 口座番号： 0162737  
 口座名義： 株式会社ビーエスエーサクライ

※金融機関への振込・振替手数料は、お客様ご負担となります。  
 振込み料を差し引かずご送金ください。

**③カタログから選んでのご注文 (2回目以降も含む)**

医院様名		ご担当者様	
住所			
TEL		FAX	
E-mail		Hpアドレス	
診療時間			
休診日			
製作データ	あり・なし	<b>print@bsa-sakurai.co.jp</b> までお送りください。	
校正の確認方法は	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 郵送

ご希望の商品らんの  に  印、または○で囲い、スペース内に必要事項をご記入し、お渡しく下さい。スペースに収まらない場合はお手数ですが別紙にてご指示をお願いいたします。

<b>診察券</b>	診察券のご注文は	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 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書体の選択
③名入れ項目の選択	<input type="checkbox"/> 角ゴシック <input type="checkbox"/> 丸ゴシック <input type="checkbox"/> 明朝体	④オフション選択
⑤枚数の選択	カatalogのデザインのまま印刷されたい方 <input type="checkbox"/> レディーメイド +0円 ログを印刷・裏面を印刷レイアウトを変更されたい方 <input type="checkbox"/> セミオーダー +3,000円	⑥レイアウトを変更したい方
プラスチック診察券の方		ペーパー診察券の方
<input type="checkbox"/> 厚み 0.2mm <input type="checkbox"/> 500枚 <input type="checkbox"/> 厚み 0.4mm <input type="checkbox"/> 1000枚 <input type="checkbox"/> 厚み 0.75mm <input type="checkbox"/> 2000枚		<input type="checkbox"/> 500枚    ●角丸加工をご希望の方 <input type="checkbox"/> 1000枚 <input type="checkbox"/> 角マル加工 <input type="checkbox"/> 2000枚    1枚/5円
(表面・裏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。)		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		