

FAX.052-805-1182

受付番号 BSA使用欄 ※記入不要です。

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

カタログをご参考の上、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。 **お出入りの販売店ご担当者様へ**

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 | | | |

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 0.4mm <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 1,000枚 2,800円 氏名枠ありタイプ 1,000枚 2,800円 | | 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 角マル加工 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。)

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。



ご注文方法

- 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下さい。
- 診察券・薬袋・リコールカードの専用注文書はB.S.Aホームページよりダウンロードして頂けます。(URL: <http://www.bsa-sakurai.co.jp>)
- ・ご担当者様へ…当注文書をコピーの上、B.S.A宛にFAXをお願いいたします。ただし、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、もしくはデータを郵送、またはメール添付にてお送りください。校正確認は迅速に対応可能なメールでの確認をおすすめいたします。

お取引販売店・ご担当者様名 ご記入欄

※必ずご記入下さい。

切り取りずにコピーして何度でもご利用ください。

受付番号 BSA使用欄 ※記入不要です。

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

FAX.052-805-1182

カタログをご参考の上、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、お出りの販売店ご担当者様へ お渡し下さい。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お願いいたします。

| 薬袋・リコールカードご注文書 | | | |
|----------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 | <small>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。</small> | |
| 診療時間 | | | |
| 休診日 | | | |

| 薬袋 | | 薬袋のご注文は | | <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 | | ②枚数の選択 | | ③名入れ印刷の選択 | | ④名入れ印刷の項目の選択 | |
| <small>各デザイン下に記載されている番号をご記入ください。</small> | | <small>一冊500枚より組み合わせてご注文頂けます。</small> | | <small>どちらかに○をつけて下さい。</small> | | <small>文字は黒色、丸ゴシックになります。</small> | |
| | | | | | | | |
| | — | | | 枚 | 有・無 | <input type="checkbox"/> 医院名 <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> T E L <hr/> ⑤ロゴ印刷 <small>お手持ちのロゴを印刷する方</small> <input type="checkbox"/> 印刷する +2,000円 | |
| | — | | | 枚 | 有・無 | | |
| | — | | | 枚 | 有・無 | | |
| | — | | | 枚 | 有・無 | | |
| | — | | | 枚 | 有・無 | | |
| 合計 | | | | 枚 | | | |

| リコールカード | | リコールカードのご注文は | | <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 | | ②文章番号 | ③枚数の選択 | | ④名入れ印刷の項目の選択 | |
| <small>各デザイン下に記載されている番号をご記入ください。</small> | | | <small>名入れする項目を選択して下さい。</small> | | | |
| | | | | | | |
| | — | | | 枚 | <input type="checkbox"/> 医院名 <input type="checkbox"/> Hpアドレス | |
| | — | | | 枚 | <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 診療時間 | |
| | — | | | 枚 | <input type="checkbox"/> T E L <input type="checkbox"/> 休診日 | |
| | — | | | 枚 | ⑤ロゴ印刷 <small>お手持ちのロゴを印刷する方</small> <input type="checkbox"/> 印刷する +2,000円 | |
| 合計 | | | | 枚 | | |
| A～I以外のオリジナル文章の場合は、別途版代 +1,500円がかかります。ご希望の方は別紙にてご注文ください。 | | | | | | |

ご注文方法

- 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、お出りの販売店ご担当者様へお渡し下さい。
- 診察券・薬袋・リコールカードの専用注文書はB.S.Aホームページよりダウンロードして頂けます。(URL: <http://www.bsa-sakurai.co.jp>)
- ・ご担当者様へ…当注文書をコピーの上、B.S.A宛にFAXをお願いいたします。ただし、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、もしくはデータを郵送、またはメール添付にてお送りください。校正確認は迅速に対応可能なメールでの確認をおすすめいたします。

| | |
|---------------|------|
| お取引販売店・ご担当者様名 | ご記入欄 |
| ※必ずご記入下さい。 | |

切り取らずにコピーして何度でもご利用ください。