

|              |  |              |                                       |  |
|--------------|--|--------------|---------------------------------------|--|
| 制作内容         | <input type="checkbox"/> 厚いカード (PVC 0.76mm)                  | その他          | <input type="checkbox"/> PET (0.25mm) | <input type="checkbox"/> 紙カード (光沢加工)   |
|              | <input type="checkbox"/> 直接筆記可能カード (クリスパーカード 0.25mm)         |              | <input type="checkbox"/> PVC (0.48mm) | <input type="checkbox"/> 紙カード (マット加工)  |
| カード種類        |  |              |                                       | <input type="checkbox"/> 紙カード (加工なし)※  |
| 表面テンプレート No. | <input type="text"/>   | 裏面テンプレート No. | <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> 裏面なし          |
| カードご注文枚数     | <input type="text"/> 枚                                       | 裏面シールご注文枚数   | <input type="text"/> 枚                |  |
| 貴院名          | <input type="text"/>   |              |                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> ロゴ配置希望 ※ロゴファイルを別途送付してください           |              |                                       |  |
| ご住所          | <input type="text"/>   |              |                                       |  |
|              | TEL  |              | FAX                                   |  |
| 診療時間・休診日     | 診療時間   | 午前 : ~ :     | 午後 : ~ :                              | 休診日・時間                                 |
| テンプレート裏面注意事項 | ※注意事項を含むテンプレートを選択の方のみご記入ください (文字制限はございませんが、テンプレート上の文字数が目安です) |              |                                       | <input type="checkbox"/> テンプレート内容で変更なし |
|              | ※地図掲載ありの裏面を選択の場合は、ファイルを別途送付してください                            |              |                                       |  |
| 備考           | ※その他レイアウトに関して、ロゴの位置の指定などございましたらご記入ください                       |              |                                       |  |

|         |                                       |   |  |  |
|---------|---------------------------------------|---|--|--|
| お客様情報   | フリガナ                                  |   |  |  |
| ご担当者名   | <input type="text"/>                  |   |  |  |
| 住所      | <input type="checkbox"/> 上記と同じ        |   |  |  |
|         | <input type="text"/>                  |   |  |  |
|         | TEL                                   |   | FAX  |  |
| メールアドレス | <input type="text"/>                  |   |  |  |
| 納品希望日   | 年 月 日                                 | <input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 午前中                            |  |  |
|         | ※校了後最短7営業日目安です。それ以降でご指定下さい。           | <input type="checkbox"/> PM14:00 ~ PM16:00 <input type="checkbox"/> PM16:00 ~ PM18:00 |  |  |
|         | 納品希望時間                                | <input type="checkbox"/> PM18:00 ~ PM20:00 <input type="checkbox"/> PM19:00 ~ PM21:00 |  |  |
| お支払方法   | <input type="checkbox"/> 銀行振込 (前払い)   | <input type="checkbox"/> 代金引換   | <input type="checkbox"/> 掛け決済 (請求後払い) Paid |  |
|         | ※ご利用には「Paidメンバー登録」が必要です。              |   |  |  |
| 備考      | ※納品先が異なる場合や、その他伝達したいことがございましたらご記入願います |   |  |  |