

ファックスオーダーシート（診察券専用）



スタープリントナンバーワン
 熊本県熊本市東区月出2丁目5-54
 TEL 096-200-1928 FAX 096-381-5728
 ★マークは記入必須項目です

- こちらのオーダーシートの内容を元に、お見積もり金額明細書を送信いたします。※注文は確定しておりません。
- お見積もり金額明細書の内容を確認後、お客様より注文確定の返信をいただいたのち、ご注文の確定となります。

品名 ★ 診察券	数量 ★ 枚	
デザイン ★ <input type="checkbox"/> 無料サンプルデザイン 表面番号 _____ 裏面番号 _____ <input type="checkbox"/> オリジナルデザイン <small>※オリジナルデザインをご希望のお客様は印刷カラーを選択して下さい</small>		
印刷用紙 ★ <input type="checkbox"/> 標準紙アートポスト180k <input type="checkbox"/> アートポスト220k <input type="checkbox"/> マットコート180k <input type="checkbox"/> ミラー/上質180k <input type="checkbox"/> サテン180k <input type="checkbox"/> MrBホワイト180k <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
オプション <input type="checkbox"/> 角丸加工 <input type="checkbox"/> 表面PP加工 <input type="checkbox"/> 色校正		
ロゴ ★ <input type="checkbox"/> ロゴを使用しない <input type="checkbox"/> 無料の範囲内で作成・トレース <input type="checkbox"/> 有料トレース(1,000円～) <input type="checkbox"/> 新規作成	地図 ★ <input type="checkbox"/> 地図を掲載しない <input type="checkbox"/> 無料の範囲内で作成 <input type="checkbox"/> 有料作成(1,000円～)	写真・イラスト ★ <input type="checkbox"/> お客様ご支給(無料) <input type="checkbox"/> 当店保有素材を使用(無料) <input type="checkbox"/> 有料素材を含めてご提案 <input type="checkbox"/> 写真・イラストを使用しない
お客様情報記入欄		
ご担当者様氏名 ★ フリガナ _____ 医院名 フリガナ _____		
<small>◎請求書・領収書・納品書などの宛先名</small> <input type="checkbox"/> 屋号・商号 <input type="checkbox"/> ご担当者様名 <input type="checkbox"/> 屋号・商号+ご担当者様名		
ご住所 ★		
お届け先 <small>※上記と同じであれば記入の必要はありません</small>		
メールアドレス ★		
電話番号 ★	ファックス番号	
お支払い方法 ★ <input type="checkbox"/> 代引き <small>※商品到着時にお支払い</small> <input type="checkbox"/> 銀行振込 <small>※制作開始前にお支払い</small>		
必要書類 <ul style="list-style-type: none"> ●請求書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ●領収書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ●納品書 <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <small>※チェックの無い場合は「納品書」のみ添付します</small>		

番号のお掛け間違いの
 無いようご注意ください。

ファックスオーダーシート（診察券専用）



スタープリントナンバーワン
 熊本県熊本市東区月出2丁目5-54
 TEL 096-200-1928 FAX 096-381-5728
 ★マークは記入必須項目です

- こちらのオーダーシートの内容を元に、お見積り金額明細書を送信いたします。※注文は確定しておりません。
- お見積り金額明細書の内容を確認後、お客様より注文確定の返信をいただいたのち、ご注文の確定となります。

●データ作成用お客様情報 別記のお客様情報と同様の項目は記入する必要はありません

掲載お客様情報 ★ 医院名 医院住所 電話 ファックス 診療時間 休診日
 チェックを入れた項目は必ずご記入下さい
 メールアドレス ホームページ 診療項目
 その他（ _____ ）

医院名 _____

医院住所 〒 _____

電話番号 _____

ファックス番号 _____

診療時間 _____

休診日 _____

診療時間・休診に関する補足事項をご記入下さい

メールアドレス _____

ホームページ _____

診療項目他 _____

その他 ※キャッチフレーズや保険などその他印刷したい項目をご記入下さい

ご利用規約(抜粋)★ ご利用規約に同意する

本項目は、ご利用規約の中でも特に重要な事項のみ抜粋しています。ご利用の際は必ずホームページ (<http://www.printstar-no1.com/>) 内のご利用規約・プライバシーポリシー本文をご確認下さい。

- 記入いただいた個人情報は、商品の製作および発送、または商品情報のお知らせのみに使用いたします。
- 商品の返品・交換は商品の特性上、「校了した内容と異なるデータで印刷されている」「注文した素材・材料と異なる素材で印刷されている」以外ではお受けする事が出来ません。また、制作途中でのキャンセルはキャンセル料金をお支払いいただく場合がございます。
- データの校正は、WEB校正（RGB）を基本といたします。WEB校正では実際の印刷物（CMYK）と発色が多少異なる場合がございます。
- データの内容確認は弊社の社内チェックも二重三重に行いますが、最終的な内容の校正はお客様の責任において行って下さい。お客様に校了いただいた内容に印刷後チェック漏れや原稿との相違があっても当店は一切の責を負いかねます。
- 商品の価格改定・内容変更などが発生したは随時ウェブサイトでお知らせいたします。

