



送信日 月 日

ご依頼主	医院名	ふりがな	担当者	ふりがな
	お届け先・電話	ふりがな	TEL () -	

医院情報	医院名	ふりがな	FAX 番号	
	ご住所	ふりがな		
	休診日		URL	メール
	診療時間			

※ハガキに載せたい情報のみをご記入ください。

	商品ネーム・型番	枚数	宛名面タイプ	文章タイプ	オプション
注文内容	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

支払	銀行振込	代金引換	銀行振込の場合は、お振込の確認が出来次第、製作にとりかからせて頂きます。
----	------	------	--------------------------------------

備考欄	その他ご希望があればお知らせください。
-----	---------------------

- ・ 3種類各100枚ご注文の場合は自動的におためしセット料金になります。
- ・ オプションのロゴデータはJPEG（高解像度）・ai・PSDなどをお願いいたします。その他の場合はトレースのオプション費用がかかる場合がございます。

MAIL : card@may-press.com

FAX 03-3577-5250