

*この用紙へ直接入力し、必ず保存のうえ、メールで添付送信してください。
*手書きでされるお客様は、この用紙をプリントアウトし、ご記入のうえ、FAX送信してください。
*「記入例」を参考にして入力（記入）してください。記入例はこのファイルに添付されています

医 院 名：

担当者名：

様

ご 住 所：〒

*開院前でご連絡先が上記と異なる場合のみ、ご記入ください

〒

TEL.

FAX.

携帯TEL.

e-mail：

●ご注文の概要

初版・増刷

☐ 初版

☐ 増刷変更なし

☐ 増刷一部変更

カードの種類

☐ Pプラスチック製 0.25mm

☐ Aプラスチック製 0.3mm

☐ Bプラスチック製 0.5mm

☐ Cプラスチック製 0.7mm

☐ K 紙製 0.28mm

版下について

☐ メーカーへ依頼する

☐ 完全版下でデータ支給する

☐ プレデザインを利用する

☐ 素材写真を利用する

☐ フリーデザイン（オリジナル）で依頼する

●価格確認

版下代

点 @ 円 円

*初版は5,000円。増刷変更なしは無料、増刷で一部変更は2,000円、完全データ支給のお客様は必要ありません。

カード製作代（基本）

枚 @ 円 円

*価格表の基本価格欄を参考にご記入ください。

オプション1（種類）

枚 @ 円 円

*価格表のオプション欄を参考にご記入ください。

オプション2（種類）

枚 @ 円 円

*価格表のオプション欄を参考にご記入ください。

予約シール ☐既成 SA ☐既成 SB ☐オリジナルSO

枚 @ 円 円

*既成シールは1枚5円、オリジナルシールは枚数により異なります価格表のオプション欄を参考に記入してください。

その他（内容）

枚 @ 円 円

消費税

円

合計請求金額

円

●お支払い

☐ 納品後1週間以内振込

☐ 納品時現金引替え払い

☐ その他（）

●試作品

☐ 試作品希望

*試作品は4日～5日でお届けいたします。

☐ 試作品不要

●納品希望日

月 日

時間指定

☐ 午前

☐ 午後（正午～18時）

☐ 夜（18時～21時）

☐ 特になし

*納品日は版下作成の依頼、試作品の要不要、オプションの有無で変わります、詳細は「価格表の納期欄」を参考にしてください。

*メール送信のお客様は必ず保存のうえ、メールに添付後送信してください  mail:ondemand@beaver-119.com

*手書きのお客様はFAX送信してください  fax. 011-588-3501

*受注連絡はこの「ご注文書」の内容を確認のうえ、即日もしくは翌日に電話・メール・ファクスのいずれかでご連絡申し上げます。



株式会社ビーバープランニングセンター

 0120-360-240 *FAXにはご利用頂けません

〒005-0037 北海道札幌市南区南37条西10丁目2-5 TEL.011-588-3500 FAX.011-588-3501

受注連絡	データ確認	納品予定日	制作確認	発送予定日	送付方法	注意・備考
／	／	／	／	／		