

FAXご注文用紙

FAXの送信先は



0120-526-797

株式会社 メディカルランド www.medicaland.co.jp

STEP 01 ご希望の商品情報をお知らせください。 ※■内にチェックを入れて、数量をご記入ください。

■ [ポスター型] 名入カレンダー		■ [卓上型] 名入カレンダー		
カレンダー各種	1	ご注文総数を選ぶ ↓ □ 200枚 □ 300枚 □ 400枚 □ 500枚 □ 600枚 □ 700枚 □ 800枚 □ 900枚 □ 1,000枚 □ (枚) 1,000枚以上の場合(100枚単位)	1	ご注文総数を選ぶ ↓ □ 200部 □ 300部 □ 400部 □ 500部 □ 600部 □ 700部 □ 800部 □ 900部 □ 1,000部 □ (部) 1,000部以上の場合(100部単位)
	2	ご注文内訳(キャラクター・枚数)を記入する ↓ ※ご注文は100枚単位にて □ ディック・ブルーナA (枚) □ スヌーピー (枚) □ ディック・ブルーナB (枚) □ きかんしゃトーマス (枚) □ ポケットモンスターA (枚) □ サンリオキャラクターズ (枚) □ ポケットモンスターB (枚) □ ピーターラビット™ (枚) □ すみっコぐらしA (枚) □ イヌ (枚) □ すみっコぐらしB (枚) □ ネコ (枚) □ はらぺこあおむし (枚) □ フラワー (枚) □ くまのがっこう (枚) □ ユニバーサルデザイン (枚)	2	ご注文内訳(キャラクター・部数)を記入する ↓ ※ご注文は100部単位にて □ スヌーピー (部) □ ディック・ブルーナ (部) □ ポケットモンスター (部) □ すみっコぐらし (部) □ ピーターラビット™ (部) □ ユニバーサルデザイン (部) □ イヌ (部) □ ネコ (部)
	3	レイアウトを選ぶ ↓ ※組合せ購入ご希望の場合はレイアウトは全て同一にて □ レイアウト① □ レイアウト② □ レイアウト③ □ レイアウト④ □ レイアウト⑤ □ レイアウト⑥ □ オリジナルレイアウト(要詳細ご指示) □ レイアウトは前回と同じ	3	レイアウトを選ぶ ↓ ※組合せ購入ご希望の場合はレイアウトは全て同一にて □ レイアウト① □ レイアウト② □ レイアウト③ □ レイアウト④ □ レイアウト⑤ □ レイアウト⑥ □ オリジナルレイアウト(要詳細ご指示) □ レイアウトは前回と同じ
	4	オプションを追加する ↓ □ 封入オプション(納期が1週間程度伸びます) □ 代金引換を希望する		
	■ カレンダー セレクションアイテム		■ [壁掛型] 名入カレンダー	
	1	アイテムを選び、部数を記載する ↓ ※名入できない商品です □ ①ミッフィーのウォール式定番カレンダー (部) □ ②ブルーナ 壁掛にもなる卓上カレンダー (部) □ ③くまのがっこうウォール式カレンダー (部) □ ④くまのがっこう卓上カレンダー (部)	1	ご注文総数を選ぶ ⇒ □ 200部 □ 300部 □ 400部 □ 500部 □ 600部 □ 700部 □ 700部 □ 800部 □ 900部 □ 1,000部 □ (部) 1,000部以上の場合(100部単位)
			2	ご注文内訳(キャラクター・部数)を記入する ↓ ※ご注文は100部単位にて □ スヌーピー (部) □ ディック・ブルーナ (部) □ ポケットモンスター (部) □ すみっコぐらし (部) □ くまのがっこう (部) □ ピーターラビット™ (部) □ フラワー (部) □ イヌ (部) □ ネコ (部) □ ユニバーサルデザイン (部)
			3	レイアウトを選ぶ ↓ ※組合せ購入ご希望の場合はレイアウトは全て同一にて □ レイアウト① □ レイアウト② □ レイアウト③ □ レイアウト④ □ レイアウト⑤ □ レイアウト⑥ □ オリジナルレイアウト(要詳細ご指示) □ レイアウトは前回と同じ

名入レイアウトイメージ(ポスター・壁掛・卓上共通のレイアウトデザインです)

レイアウト ①	〇〇〇内科医院 〒136-0071 東京都江東区亀戸6-53-9 TEL 03-5875-4328
レイアウト ②	〇〇小児歯科医院 ●診療時間 午前9:00~12:00 午後2:00~8:00 〒136-0071 東京都江東区亀戸6-53-9 TEL 03-5875-4328 ●休 診 日 木曜・日曜・祝日
レイアウト ③	〇〇〇耳鼻咽喉科医院 〒136-0071 東京都江東区亀戸6-53-9 TEL 03-5875-4328
レイアウト ④	〇〇歯科医院 〒104-0043 東京都江東区亀戸6-53-9 TEL 03-5875-4328 ●診療時間 午前9:00~12:00 午後2:00~8:00 ●休 診 日 木曜・日曜・祝日
レイアウト ⑤	〇〇〇医院 TEL 03-5875-4328
レイアウト ⑥	〇〇〇歯科医院 〒136-0071 東京都江東区亀戸6-53-9 ■診療時間/AM8:45~PM1:00 TEL 03-5875-4328 ■休 診 日/日曜

【備考欄】原稿の内容やその他ご要望がございましたらご記入ください

STEP 02 ご注文者さま情報をご記入ください。

医院名	さま	【その他】URL、メールアドレス、ご希望の原稿確認方法や納期に関するご相談など	
ご住所	〒 -		
お電話			
FAX			
		原稿確認	□ 要確認(FAX) □ 要確認(メール) □ 確認不要(リポート品のみ)

※オリジナルレイアウトの指示、その他記入事項が備考欄に入りきらない場合は別途A4用紙にご記入の上、FAXご注文用紙と一緒に送信してください。

HP 用