

# FAXお申し込みフォーム

お名前 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_  
フリガナ 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_  
屋 号 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ FAX番号 \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

サービス内容  OSAKAエクスプレス便  スーパーエクスプレス便  
(該当する□に✓を)  エクスプレス便  レギュラー便  
入れて下さい。)

サンプル番号 表面：サンプルNo. \_\_\_\_\_ 裏面：サンプルNo. \_\_\_\_\_  
※OSAKAエクスプレス便・スーパーエクスプレス便には裏面の対応はありません。

用紙の色  クリーム  ピンク  ブルー  グリーン  白  
(該当する□に✓を) ※白はサンプルNo.6、7、8のみです。  
入れて下さい。)

文字の色  ブラック  ブラウン  ネイビー  グリーン  
(該当する□に✓を) ※レギュラー便のみ選択できます。ただし、サンプルNo.6、7、8はブラックのみです。  
入れて下さい。)

印刷枚数 \_\_\_\_\_ 枚

診療日 月 火 水 木 金 土 日  
(該当する□に✓を) 午前         
入れて下さい。 午後

診療時間 午前 : ~ 午後 : ~

曜日によって診療 曜日  
時間が異なる時 午前 : ~ 午後 : ~

保険種別 (表記が必要な場合) \_\_\_\_\_  
ご記入下さい。)

医療種別 (表記が必要な場合) \_\_\_\_\_  
ご記入下さい。)

お支払い方法  代金引換  銀行振込 (該当する□に✓を)  
入れて下さい。)

お届け先(上記住所と異なる場合のみ、ご記入下さい)  
〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

その他、追加・変更事項 \_\_\_\_\_

必要事項を記入の上

**FAX 06-6371-2303** 送受信下さい