

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