

# 診察券ご注文書

必要事項をご記入の上、FAX をお送り下さい。



# 048-924-1717

## ■ 診察券記入事項

|      |   |     |  |
|------|---|-----|--|
| 医院名  |   |     |  |
| ご住所  | 〒 |     |  |
| TEL  |   | FAX |  |
| 診療時間 |   |     |  |
| 休診日  |   |     |  |

## ■ ご注文内容

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 希望診察券 | <input type="checkbox"/> 現在の診察券から乗り換え<br><input type="checkbox"/> オリジナルデザイン  | <input type="checkbox"/> ラフを元に診察券作成<br><input type="checkbox"/> 完全データ入稿 |
| 材質    | <input type="checkbox"/> キャッシュカードタイプ<br><input type="checkbox"/> テレフォンカードタイプ | <input type="checkbox"/> キャッシュカード薄型タイプ                                  |
| オプション | <input type="checkbox"/> QRコード<br><input type="checkbox"/> 最寄り駅からの地図         | <input type="checkbox"/> サインパネル<br><input type="checkbox"/> 診察予約シール     |

## ■ お客様情報

|        |      |
|--------|------|
| ご担当者名  | フリガナ |
| e-mail |      |

## ■ Web 掲載について

ご注文いただきました診察券を弊社ホームページへ製作事例として掲載は可能でしょうか？

掲載可

匿名での掲載可

掲載不可

# 診察券.net

consultation ticket.net

<https://www.shinsatsuken.net>  
E-mail [info@shinsatsuken.net](mailto:info@shinsatsuken.net)

 **0120-500-896**



# 048-924-1717



－運営会社－ **ペンキャビン株式会社**

営業本部：〒340-0034 埼玉県草加市氷川町 2104-17-502

TEL：048-924-5757 FAX：048-924-1717