

ファクシミリ(FAX)申込書

年賀状・喪中・寒中ハガキ印刷 申込書

〒 -

住所

アパート・マンション名等

電話: FAX: 電話 FAX:

電話: FAX: 電話 FAX:

Eメールアドレス

病院名 肩書 (例)院長

1口 2口 ○をお付け下さい ※選択可能なものに限りです。

デザイン番号 - 印刷枚数 枚 選択文章番号

SN, DGをご注文の方は、「お名前」「デザイン番号」を明記の上、post@ad-kowa.comまで写真をお送りください。

姓 名

旧姓

年齢・学年等

年齢・学年等

年齢・学年等

年齢・学年等

年齢・学年等

お子様名は大人よりひと回り小さく印刷されます

※差出月の記載のない場合、12月で印刷致しますのでご了承ください。

欠喪礼中欄 文章2~4 文章B~D 寒中文 続柄 不幸月 月 日 差出月 11月 12月 享年 歳 文章A 文章1 差出月 11月 12月

年賀フリー文章原稿記入欄

※年号につきましては、原稿記入欄にご記入ください。
レイアウトはこちらでバランス良く配置致します。
※数字につきましては、縦書きの場合は「漢数字」、横書きの場合は「算用数字」となります。
※フリー文章をご希望される場合は、別途2,530円(税込)がかかります。 ※125文字以内でご記入ください。

※動画年賀状(DG)に使用される文章もこちらにご記入ください。 ※30文字程度でご記入ください。(DGの場合、フリー文章代はいただきません。)

5	10	15	20	25
30	35	40	45	50
55	60	65	70	75
80	85	90	95	100
105	110	115	120	125

- 右記の お申込みの方のご記入欄(お届け先)
 - ご希望商品の申込書にご記入のうえ下記の番号までお送り下さい
- ※お申込み締切 12月11日(金)

名古屋市医師会協同組合

TEL 052-937-7833 FAX052-936-1488

お申込みの方のご記入欄(お届け先)

おなまえ

ふりがな

〒 - 住所

病院名

電話番号 () - () FAX番号 () - ()