MyClinic　EXPRESS 『ショップカード』追加発注書

●本追加発注書は、今回送付させていただきました、「ショップカード」を追加発注するためのものです。
●追加でご発注される場合、本追加発注書の、以下①～③の欄に、必要事項をご記入のうえ、本紙をサポートセンターへ、FAXしてください（FAX番号は本紙最下部に記載）。

- 『カード』の追加申込は、有料となります（価格は以下ご参照ください）。
- 商品のお届は、追加発注書受領後、約1～2週間となります。

■**①お得意さまご記入欄**：「記入欄」にご記入ください。

項目	記入欄
医院名 ＊正式名称（医療法人●●会などがつく場合は合わせて）でご記入ください。	フリガナ
医師名 ＊フルネームでご記入ください。 ＊医師が複数おられる場合は、連名でご記入ください。	フリガナ
医院所在地 ＊開業予定かつ所在地未定の場合は、「未定」とご記入ください。	フリガナ （〒　　－　　）
医院電話番号 ＊開業予定かつ電話番号未定の場合は、「未定」とご記入ください。	（　　）

■**②お客様ご署名欄**：ご署名、ご捺印ください。

「ショップカード」の追加発注をいたします。
発注日：　平成　　年　　月　　日

ご署名　　印

■**③商品選択欄**：「申込商品欄」にチェック・または個数を記入して下さい。

申込商品	商品内訳	標準小売価格（税込）
□	**ショップカード（500枚）** ＊送料込：一部離島などの場合は、追加で送料を頂くことがあります。	**10,000円**
□	**ショップカード（1,000枚）** ＊送料込：一部離島などの場合は、追加で送料を頂くことがあります。	**17,000円**
□	**ショップカード立て** **※ショップカード立て単体での追加は受け付けておりません。**	**（　）個/300円**

ショップカード

ショップカード立て

■**FAX先**：本追加発注書を以下へFAXください（サポートセンター宛）。

■お申込用FAX番号　03-3578-6381