

※FAXにてご発注ください

有限会社 メディカル愛

発 注 書



年 月 日

大学・法人／個人	<input type="checkbox"/> 大学・法人のお客様 <input type="checkbox"/> 個人のお客様
お 名 前	
大学・会社および部署名 (大学・法人の方のみ)	
住 所	〒 _____
電 話 番 号	(市外局番からご記入ください)
F A X 番 号	(市外局番からご記入ください)
E - m a i l	
発 注 品 目	<input type="checkbox"/> メディカル・イラストレーション <input type="checkbox"/> オリジナル症例写真 <input type="checkbox"/> 電子カルテ用シェーマ <input type="checkbox"/> 個人のお客様 <input type="checkbox"/> 3D CG <input type="checkbox"/> CGアニメーション <input type="checkbox"/> その他()
入 稿 方 法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 持込 <input type="checkbox"/> その他()
入 稿 デ ー タ	<input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> カラーコピー <input type="checkbox"/> その他()
納 品 数 量	
ご 使 用 の 機 種	※データ製作のご依頼、データ入稿の際には必ずご指定ください。
ご 使 用 の ソ フ ト	※データ制作を御依頼の際は、制作に使用するソフトをご指定ください。 ※バージョンおよびファイル形式もご記入ください。
ご 使 用 の 目 的	
仕上りのデータサイ	<input type="text" value="×"/> cm 解像度 <input type="text"/> dpi ※データ制作を御依頼の際は、制作に使用するサイズをご指定ください。
お 届 け 希 望 日 時	年 月 日 <input type="text" value="午前"/> 時頃 <input type="text" value="午後"/> 時頃
日 中 の ご 連 絡 先	(市外局番からご記入ください)
お 届 け 先	〒 _____
特 記 事 項 (注意事項やご要望などを ご自由にご記入ください)	

FAX 058-232-5520

●お問い合わせ／有限会社 メディカル愛
〒502-0908 岐阜市近島5丁目11-9
TEL 058-294-6963
E-mail info@medical-ai.com

※FAXが届きましたら、弊社より確認のお電話をさせていただきますので宜しくお願いします