

# お申し込み書

□年 □月 □日

大学 / 法人 / 個人	<input type="checkbox"/> 大学のお客様 <input type="checkbox"/> 法人のお客様 <input type="checkbox"/> 個人のお客様
お名前	<input type="text"/> (携帯電話) <input type="text"/>
大学・会社名 および部署名 (大学・法人の方のみ)	<input type="text"/> 部署名 <input type="text"/>
住所	<input type="text"/> <input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/> →市外局番からご記入ください
FAX番号	<input type="text"/> →市外局番からご記入ください
E-mail	<input type="text"/>
ホームページ	<input type="text"/>
発注品目	<input type="checkbox"/> メディカル・イラストレーション <input type="checkbox"/> 電子カルテ用シェーマ <input type="checkbox"/> 3Dモデリングイラストレーション <input type="checkbox"/> オリジナル症例写真 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
ご使用の目的	
入稿方法	<input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
仕上りのデータサイズ	<input type="text"/> × <input type="text"/> cm 解像度 <input type="text"/> dpi
データ保存形式	<input type="text"/>
納品方法	<input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
お届け希望日時	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="radio"/> 午前 <input type="text"/> 時頃 <input type="radio"/> 午後 <input type="text"/> 時頃
特記事項 (注意事項やご要望などを ご記入ください)	<input type="text"/>

上記内容で送信

送信

リセット

※個人情報保護について

メールアドレス、住所、お電話番号などのお客様の個人情報を業務以外に用いる事はありません。

また、大切なお客様の個人情報を外部に漏らすことは絶対にありません。