



お申込み日 20 年 月 日

お申込者様	フリガナ		病院・診療科・部署名	
	お名前			
	E-mail		@	
	電話	内線	携帯電話	FAX
()	- ()	() -	() -	

お届け先	お届け先 区分	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> その他	領収書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	領収書 宛名	領収書が必要な方は宛名をお書きください。	
	宛名					電話	
	<small>※特に指定がない場合、商品発送お荷物の荷主はヤマショウ(株)になります。</small>					() -	
ご住所 〒 -		都道 府県			※ビル・マンション・アパート名等がある場合はご記入ください。		

ご注文内容に沿って□に✓点及び記入をお願いします。

商品		本体色	向き	オプション		
<input type="checkbox"/> 楕 1号 <input type="checkbox"/> スタンド 1号 <input type="checkbox"/> スタンド 2号 <input type="checkbox"/> レザー 1号	<input type="checkbox"/> 額 1号 <input type="checkbox"/> 額 2号 <input type="checkbox"/> 額 3号	<input type="checkbox"/> ゴールド <input type="checkbox"/> シルバー <input type="checkbox"/> タテ <input type="checkbox"/> ヨコ	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		<input type="checkbox"/> Congratulations. ~ glory of history ~	<input type="checkbox"/> 祝 ご退職			
		<small>※他の表現に変更可</small>		<small>※有料 別途 5,500 円</small>		
ご退職者様お名前		画像の加工方法 <small>※使用時のみ</small>		仕上がりイメージなど確認方法		お支払い方法
<input type="checkbox"/> 加工なし <input type="checkbox"/> 切抜き (モノクロ)		<input type="checkbox"/> 切抜き (カラー) <input type="checkbox"/> 切抜き (モノクロ)		<input type="checkbox"/> 公式LINE <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代引き (現金) <input type="checkbox"/> 代引き (カード)
<small>※おススメは公式 LINE です。上部右 QR コードからご登録いただけます。</small>		<small>※銀行振込の場合は振込確認後の製作になります。お急ぎの場合、代引きをおススメします。</small>				

アンケート 【栄光のあゆみ】をどちらで知りましたか？

☐ SNS ☐ DMチラシ ☐ インターネット検索 ☐ 雑誌などの広告 ☐ クチコミ ☐ 実際に送別会で見た ☐ 以前、購入したことがある

贈呈者
お渡し日

贈
〇〇病院〇〇科職員一同
令和〇年〇月

↓

自由なレイアウトを希望のお客様は、特に詳しくお書きください。(※ワード・エクセル・パワーポイントなどデータ入稿でも可)

※ 特に指定がない場合、字体は明朝体になります。

レイアウト欄
下書き案をご記入ください。

※ 経歴等はデータでいただくと、正確で速く仕上がります。 持込画像はできるだけ高解像度のものをご用意ください。 画像や経歴データなどの送付先は【 info@eikounoayumi.jp 】です。

不要な方は「不要」とご記入ください。

お申込み日 2024 年 2 月 10 日

お申込者様	フリガナ お名前	ニッポン タロウ			病院・診療科・部署名	川崎中央病院脳しん外科		
		日本 太郎			E-mail	taro.nippon @ ○○○○.hos.jp		
	電話	内線	携帯電話	FAX				
	(03) 1234 - 0000 (90)		(090) 1234 - 0000	(03) 1234 - 0000				

お届け先	お届け先区分	<input checked="" type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人宅 <input type="checkbox"/> その他	領収書	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	領収書宛名	領収書が必要な方は宛名をお書きください。		
	宛名	川崎中央病院脳しん外科 日本太郎					電話	(03) 1234 - 0000
	※特に指定がない場合、商品発送お荷物の荷主はヤマショウ(株)になります。							
	ご住所	〒100-0001 東京都千代田区永田町〇-〇-〇					※ビル・マンション・アパート名等がある場合はご記入ください。	

ご注文内容に沿って□に✓点及び記入をお願いします。

商品		本体色	向き	オプション		
<input type="checkbox"/> 楕 1 号 <input type="checkbox"/> スタンド 1 号 <input checked="" type="checkbox"/> スタンド 2 号 <input type="checkbox"/> レザー 1 号	<input type="checkbox"/> 額 1 号 <input type="checkbox"/> 額 2 号 <input type="checkbox"/> 額 3 号 <input type="checkbox"/> 額用受け木必要	<input checked="" type="checkbox"/> ゴールド <input type="checkbox"/> シルバー	<input type="checkbox"/> タテ <input checked="" type="checkbox"/> ヨコ	メッセージ動画 QRコードを読み取り再生 お客様が製作した 完成動画をご提供ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	Episode ～思い出の写真スライドショー～ QRコードを読み取り再生 ご提供いただいた画像で 弊社がスライドショーを作成します。 <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	目録サービス <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ※有料 別途 1,100 円 ラッピング <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 ※有料 別途 550 円
ご退職者様お名前		画像の加工方法 ※使用時のみ		仕上がりイメージなど確認方法		お支払い方法
東京次郎 様		<input type="checkbox"/> 加工なし <input type="checkbox"/> 切抜き (カラー) <input checked="" type="checkbox"/> 切抜き (モノクロ)		<input checked="" type="checkbox"/> 公式LINE <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input checked="" type="checkbox"/> 代引き (現金) <input type="checkbox"/> 代引き (カード)
		※おススメは公式LINEです。上部右QRコードからご登録いただけます。		※銀行振込の場合は振込確認後の製作になります。お急ぎの場合、代引きをおススメします。		

アンケート	【栄光のあゆみ】をどちらで知りましたか？						
	<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> DMチラシ	<input checked="" type="checkbox"/> インターネット検索	<input type="checkbox"/> 雑誌などの広告	<input type="checkbox"/> クチコミ	<input type="checkbox"/> 実際に送別会で見た	<input type="checkbox"/> 以前、購入したことがある

自由なレイアウトを希望のお客様は、特に詳しくお書きください。(※ワード・エクセル・パワーポイントなどデータ入稿でも可) ※ 特に指定がない場合、字体は明朝体になります。

贈呈者 お渡し日	贈 〇〇病院〇〇科職員一同 令和〇年〇月	<div>『祝』の字は 赤文字</div> <div>祝 ご退職 部長 東京 次郎 様</div>		<div>本人の写真 (モノクロ加工を希望) ※メールで 送ります</div>	<div>病院エンブレム ※メールで 送ります</div>
	贈 川崎中央病院 脳しん外科職員一同 令和6年3月	<div>※ 経歴・功績などの詳細は メールで送ります。</div>			
		経歴			
		※ 経歴等はデータでいただくと、正確で速く仕上がります。 持込画像はできるだけ高解像度のものをご用意ください。 画像や経歴データなどの送付先は【info@eikounoayumi.jp】です。			