

おてがるチラシ作成 申込用紙

下記にご記入いただき FAX でお送りください。FAX 06-6315-5402

会員番号	施術所名	電話番号
住所 <small>〒</small>		
連絡先電話番号	メールアドレス	

必ずお読みください

- 広告の制限について
法律で認められていない内容は**原則掲載禁止**です。デザインによっては保健所から注意を受ける可能性のある表現が含まれています。法律を確認の上、**掲載内容決定は自己責任**でお願いします。
- 新聞折込について
新聞折込の集配所の手配は先生にお願いしています。**チラシの内容を確認する集配所が増えています。**集配所でチラシの内容をチェックするかどうか、チラシ作成前にご確認ください。
- 作成料金について **版下作成開始後のキャンセルは料金が発生します。**
- 修正について **修正は2回までです。**
- 色味について パソコンの画面上で見ていただく色と印刷物の色が若干異なる場合があります。予めご了承ください。

デザイン番号	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦
色 味 ※	グリーン ・ オレンジ ・ ブルー ・ ピンク ・ ブラウン
チラシ内容 <small>★デザイン①～④を選んだ方のみ1つご記入ください</small>	<input type="checkbox"/> 開 院： 月 日 () 開院 <input type="checkbox"/> 移 転： 月 日 () 移転開業 <input type="checkbox"/> 周 年： おかげさまで 周年 <input type="checkbox"/> 内覧会： 月 日 ()、 日 () 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 当院からのお知らせ (デザイン③④を選んだ方のみ選択可)
写 真	★デザイン③～⑥を選んだ方のみ選択してください <input type="checkbox"/> 掲載を希望する <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない
施術所 ホームページアドレス	★デザイン②～⑦を選んだ方のみご記入ください http://
コメント <small>30字程度</small>	★デザイン③～⑦を選んだ方のみご記入ください
有償オプションサービス	<input type="checkbox"/> ロゴマークを掲載する 1,000円 (税込 1,080円)

※デザインの種類により、選択できる色味が決まっています。デザイン一覧を確認の上、選択してください。

受付時間	月	火	水	木	金	土	日
AM ～							
PM ～							

地図・アクセス方法
 アクセス記入例)『JR 大阪駅』より徒歩約10分

【休診日】

申込用紙の内容を確認の上、サインしてください。 申込日 年 月 日 氏名