

ご記入例

お申込み用紙

裏面の記入例を参考の上、各項目にご記入いただき、FAXまたは郵送にてお送りください。

申込年月日	平成 16 年 8 月 2 日		
フリガナ	アオ ソラ イ イン		
貴院名	青空医院		
フリガナ	トウキョウトシンジュククヒガシエノキチョウ		
ご住所	〒162-0807 東京都新宿区東横町8 アオゾラビル1F		
電話番号	03-5261-1570	FAX	03-5261-1571
フリガナ	アオ ソラ タ ロウ	ご連絡先電話番号 (上記の番号と異なる場合のみ)	03-5261-1579(院長直通)
ご担当者名	青空太郎		
ご注文部数	200 部		

必ずご記入ください。
本誌にお名前を印刷するための必要事項です。

忘れずにご捺印ください

貴名掲載部分について、貴名・住所・電話番号のほか、掲載ご希望の事項に○をおつけください	
診療時間	(a) する → 掲載ご希望の場合、詳細をご記入ください 午前9時～午後8時
診療科目	(a) する → 掲載ご希望の場合、詳細をご記入ください 内科・外科・胃腸科
休診日	(a) する → 掲載ご希望の場合、詳細をご記入ください 日曜日・祝祭日
貴名掲載部分の希望	(a) ゴシック体 (b) 明朝体 (c) 丸ゴシック体 (d) 特になし 貴名掲載部分について、そのほか希望事項があればご記入ください 「院長名 青空太郎」を入れてください。 院名の前にロゴマークを入れたいのので、 原画を後日郵送します。

貴院名掲載部分に加える場合は、掲載内容を明記してください。

オリジナル誌にカスタマイズできるオプションをご希望の場合は、下の必要項目に○をおつけください

冊子名「うちのくすり箱」を貴院オリジナルの冊子名に変更しますか？	(a) する → 冊子名がお決まりでしたらご記入ください (b) しない
12ページ目（裏表紙）に貴院オリジナル記事を掲載しますか？	(a) する 毎月原稿を送ります。(b) しない

オプションをご希望の場合は、後日詳細をお伺いいたします。別途料金を価格表でお確かめのうえ、ご記入ください。

そのほかに希望事項などがあればご記入ください	(名前印刷部分のレイアウト案)
裏表紙の原稿は、毎月院長宛に校正をFAXで送ってください。	 青空医院 院長 青空太郎 住所・電話番号 診療科目 診療時間・休診日

お名前掲載部分のレイアウト案や、カスタマイズのご希望など、ご自由にお書きください。

FAX 03-5261-1571 TEL 03-5261-1570
E-mail kusuribako@medicpress.co.jp