↑
FAX
送信方向

720

アスクル専用オーダーサービス
名入れ歯ブラシ（カナッペ）

ご注文にあたっては、以下の記載事項をお読みいただき、必要事項をご記入のうえ、
フリーダイヤル 0120-881-881 までFAXしてください。

●ご注文時点で効力のある「アスクルご利用規約」を承諾の上、注文します。
●専用注文書1枚ごとに合計金額（税抜き）をご記入ください。
●お客様による校正はございませんので、ご記入は正確にお願いいたします。
●お客様のご都合によるキャンセル・返品はお受けできません。
●午後6時までのご注文は約6日後（土・日・祝を除く）のお届けとなります。
（北海道・東北・九州地方へのお届けは約7日後（土・日・祝を除く）となります）
●ゴールデンウィーク、お盆期間および年末年始は別途日にちがかかります。
●沖縄、離島および一部地域へのお届けはできません。　更新日：2017年2月20日　本注文書有効期限：2017年9月30日午後6時

ご登録電話番号：	貴社（施設）名：
お問い合わせ番号：	ご発注担当者：

①ご注文　●下記 数量欄に1セット単位でご記入ください。

商品種別／単位		価格（税抜き）	（税込）	数量
①フラット ふつう	1セット（12袋×20本入）	¥6,967	¥7,524	
②フラット やわらかめ	1セット（12袋×20本入）	¥6,967	¥7,524	
③先細毛　ふつう	1セット（12袋×20本入）	¥8,912	¥9,624	

＋

1セットあたり名入れ料金（税抜き）		（税込）
1セット（12袋）	¥7,220	¥7,797
2セット（24袋）以上	¥6,277	¥6,779

ご注文金額
合計（税抜き）　　円

●キャップは付属しておりませんので、別途ご注文ください。
●商品代金とは別にご注文セット数に応じて名入れ料金がかかります。●1セット（12袋）単位でお申込ください。
●2セット以上から名入れ料金は変わります。●計算例：①フラットふつう 2セット＋2セット以上名入れ料金×2　の場合　（¥7,524×2）＋（¥6,779×2）＝¥28,606（税込）

②名入れ内容　●「□」内にレ印をお付けください。

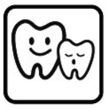
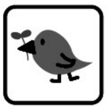
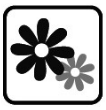
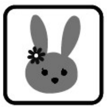
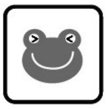
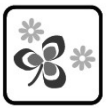
Step 1 書体をお選びください。

書体（1書体）
□ 角ゴシック体
□ 明朝体
□ 丸ゴシック体

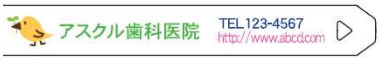
【書体見本】

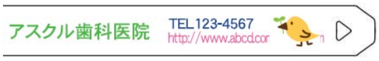
角ゴシック体	アスクル歯科医院	Askul Clinic	あすくる
明朝体	アスクル歯科医院	Askul Clinic	あすくる
丸ゴシック体	アスクル歯科医院	Askul Clinic	あすくる

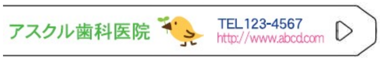
Step 2 アイコンの種類と位置をお選びください。

アイコン（1種類）
□ 不要
□ 
□ 
□ 
□ 
□ 
□ 

位　置
□ 左端　□ 右端　□ 施設名と電話番号の間

【位置見本】






Step 3 お名入れする内容（施設名など）文字の色指定をご記入ください。　※印刷のサイズ：タテ7mmxヨコ50mm
●各行の文字数は、全角での数となります。英・数字の場合、特にご指定のない場合はそれぞれの内容により一部半角を使用する場合があります。
●文字の大きさのバランスは当社におまかせください。●文字は各行1字1マスにご記入ください。スペースをあける場合は1マスあけてご記入ください。

文　字																										
色指定																										

URL																										
色指定																										

※URLは電話番号の下部に入ります。空白の場合は電話番号が上下中央になります。

【記入見本】　色指定は文字色番号をご記入ください。

ア	ス	ク	ル	歯	科	医	院		0	1	2	0	-	3	4	5	-	9	1	3					
←1→									←4→																

【文字色番号】
文字色は「医療機関向けカタログ2016～2017号」P.401・「衛生・介護用品カタログ2016～2017号」P.225をご確認ください。

1 黄	2 橙	3 赤	4 ピンク	5 紫	6 紺	7 青	8 水色
9 緑	10 黄緑	11 エメグリ	12 ピーチ	13 肌色	14 グレー	15 黒	16 白

各種お問い合わせ・ご相談は
アスクルお客様サービスデスク　フリーダイヤル 0120－345－861　050から始まるIP電話からは03-6731-7864
受付時間：月曜～土曜　午前8時～午後8時（祝日を除く）

FAX
送信方向

720

アスクル専用オーダーサービス
名入れ歯ブラシ（ラピス）

ご注文にあたっては、以下の記載事項をお読みいただき、必要事項をご記入のうえ、
フリーダイヤル 0120-881-881 までFAXしてください。

- ●ご注文時点で効力のある「アスクルご利用規約」を承諾の上、注文します。
- ●専用注文書1枚ごとに合計金額（税抜き）をご記入ください。
- ●お客様による校正はございませんので、ご記入は正確にお願いいたします。
- ●お客様のご都合によるキャンセル・返品はお受けできません。
- ●午後6時までのご注文は約6日後（土・日・祝を除く）のお届けとなります。
（北海道・東北・九州地方へのお届けは約7日後（土・日・祝を除く）となります）
- ●ゴールデンウィーク、お盆期間および年末年始は別途日にちがかかります。
- ●沖縄、離島および一部地域へのお届けはできません。 更新日：2017年2月20日 本注文書有効期限：2017年9月30日午後6時

ご登録電話番号：	貴社（施設）名：
お問い合わせ番号：	ご発注担当者：

①ご注文 ●下記 数量欄に1セット単位でご記入ください。

商品種別／単位		価格（税抜き）	（税込）	数量
①フラットふつう	1セット（12袋×20本入）	¥11,967	¥12,924	
②先細毛	1セット（12袋×20本入）	¥14,678	¥15,852	

＋

1セットあたり名入れ料金（税抜き）		（税込）
1セット（12袋）	¥7,220	¥7,797
2セット（24袋）以上	¥6,277	¥6,779

ご注文金額
合計（税込） 円

- ●キャップは付属しておりませんので、別途ご注文ください。
- ●商品代金とは別にご注文セット数に応じて名入れ料金がかかります。
- ●1セット（12袋）単位でお申込ください。●2セット以上から名入れ料金は変わります。
- ●計算例：①フラットふつう2セット＋名入れ料金2セット以上価格X2 の場合 （¥12,924×2）+（¥6,779×2）= ¥39,406（税込）

②名入れ内容 ●「□」内にレ印をお付けください。

Step 1 書体をお選びください。

書体（1書体）

□ 角ゴシック体
□ 明朝体
□ 丸ゴシック体

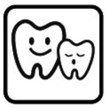
【書体見本】

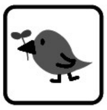
角ゴシック体	アスクル歯科医院	Askul Clinic	あすくる
明朝体	アスクル歯科医院	Askul Clinic	あすくる
丸ゴシック体	アスクル歯科医院	Askul Clinic	あすくる

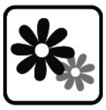
Step 2 アイコンの種類と位置をお選びください。

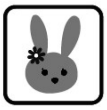
アイコン（1種類）

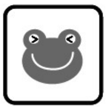
□ 不要

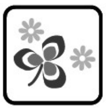
□ 

□ 

□ 

□ 

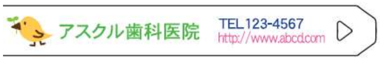
□ 

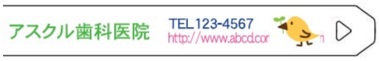
□ 

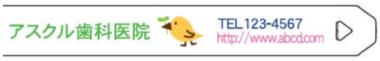
位 置

□ 左端 □ 右端 □ 施設名と電話番号の間

【位置見本】







Step 3 お名入れする内容（施設名など）文字の色指定をご記入ください。 ※印刷のサイズ：タテ7mmxヨコ50mm

- ●各行の文字数は、全角での数となります。英・数字の場合、特にご指定のない場合はそれぞれの内容により一部半角を使用する場合があります。
- ●文字の大きさのバランスは当社におまかせください。●文字は各行1字1マスにご記入ください。スペースをあける場合は1マスあけてご記入ください。

文 字																										
色指定																										

URL																										
色指定																										

※URLは電話番号の下部に入ります。空白の場合は電話番号が上下中央になります。

【記入見本】 色指定は文字色番号をご記入ください。

ア	ス	ク	ル	歯	科	医	院		0	1	2	0	-	3	4	5	-	9	1	3					
← 1 →									← 4 →																

文字色は「医療機関向けカタログ2016～2017号」P.401・「衛生・介護用品カタログ2016～2017号」P.225をご確認ください。

【文字色番号】

1 黄	2 橙	3 赤	4 ピンク	5 紫	6 紺	7 青	8 水色
9 緑	10 黄緑	11 エメグリ	12 ピーチ	13 肌色	14 グレー	15 黒	16 白

各種お問い合わせ・ご相談は
アスクルお客様サービスデスク フリーダイヤル 0120－345－861
050から始まるIP電話からは03-6731-7864
受付時間：月曜～土曜 午前8時～午後8時（祝日を除く）