

【全日本医療資格証協会】カスタムネームプレート注文書

ご注文はご注文フォーム・郵送・FAXで お問い合わせ・ご注文 TEL&FAX 048-627-1385

資格名称 (例:①整形外科専門医②リウマチ専門医 等)	所属学会・資格取得番号	取得・最終更新年月	更新回数
①		取 年 月	
	No	更 年 月	
②		取 年 月	
	No	更 年 月	
③		取 年 月	
	No	更 年 月	
取得者氏名(フリガナ)		会員番号 (弊社記入)	性別
			男
		1 2 3	女
現在勤務先住所 〒	(フリガナ)	TEL	
医院・病院・団体名称/役職名称	(フリガナ)	FAX	
		Email	
現在勤務形態(例:常勤/非常勤/訪問等)	前勤務先	前勤務形態	生年月日 (西暦) 年 月 日 歳
商品お届け先 (勤務先住所と異なる場合) 〒		TEL(つながりやすいお電話番号)	
		証明書提出 済 未	
ご要望欄		【弊社記入欄】	
		承り 年 月 日 担	
		発注 年 月 日 担	
		発送 年 月 日 担	

<価格・料金表> 送料・お振込み手数料はご注文者様ご負担となります

商品名	資格 1 種	資格 2 種	資格 3 種	マグネット	クリップ	認定シール	ベルト製作等オプション
価格(税抜)	10000	15000	20000	500	300 (2個)	100(1枚)	2000~
ご購入項目に○						枚× 組	

■ご注文承り後、料金お振込み総額、金融機関口座番号等ご連絡致します

※ご注文者様名義でお振込み下さい

■【ご利用規約】の各事項にご同意頂いた上でご注文を承ります

(別途ご参照下さい)

利用規約 各項目に同意の上注文します

(レ点チェックお願いします)

金融機関名	何れかに○
埼玉りそな銀行	
三菱東京 UFJ 銀行	
埼玉縣信用金庫	
ゆうちょ銀行	
みずほ銀行	

【振込先名義】 株式会社アトリエすず