

# 歯ブラシネーム入れサービス

版代、印字代 無料! 新規開業やサービス品としてお役立てください。

お申込み日 年 月 日

品名	数量
<b>More Clean slim</b> スリム	本
<b>More Clean Compact</b> コンパクト	本
<b>More Clean Adult</b> アダルト	本
<b>Daily Care</b> デイリーケア	本
<b>PAL・II</b> パル・ツー	本
<b>PAL-youth</b> パル・ユース	本

ゴシック体

ウィル歯科 TEL06-6367-0073

丸ゴシック体

ウィル歯科 TEL06-6367-0073

明朝体

ウィル歯科 TEL06-6367-0073

オリジナル



\*最小数量 240 本から承ります。(パルユースのみ最小数量 250 本から)

文字入れ内容 (14 文字以内)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*文字数により、多少の大きさが変わります。(数字は半角可)

\*ロゴマークなどをご指定の場合は、診察券等のハッキリとした印刷物が必要です。(FAX 不可)

貴歯科医院名		ご住所 〒 -	
TEL - -			
以前のご発注 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 新規	書体 <input type="checkbox"/> ゴシック体 <input type="checkbox"/> 明朝体 <input type="checkbox"/> 丸ゴシック体 <input type="checkbox"/> オリジナル		
お取引歯科商店名		ご住所 〒 -	ご担当者名
TEL - -			

備考：