

# FAXお申込み用紙

FAX:06-6363-3510

TEL:06-6363-3500

下記アンケートにご記入頂き、FAXにてご送信下さい。

貴院名※			
院長先生のお名前※		生年月日※	年 月 日
診療科目※			
電話番号※		FAX番号※	
住所※	〒		
メールアドレス※			

※必須項目

<b>ご希望プラン</b>		
<input type="checkbox"/> スタンダードプラン / 50,000円 <input type="checkbox"/> オリジナルプラン / 90,000円		
<b>ご開院・ご改装予定日</b>		
<input type="checkbox"/> 開院 <input type="checkbox"/> 継承 <input type="checkbox"/> 改装 <input type="checkbox"/> 移転    年 月 日		
今後準備したいと考えられている制作物などをお選び下さい		
<input type="checkbox"/> 屋外広告 <input type="checkbox"/> 交通広告 <input type="checkbox"/> 看板・サイン <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 院内パンフレット		
病院名の由来	病院のコンセプト	
診療理念	どのような医院にしたいですか？	
病院のスローガン、キャッチフレーズがありましたらご記入願います		
病院のイメージカラーを上位3つご記入下さい(3つでなくてもかまいません)		
1.	2.	3.
お好きな色を上位3つご記入下さい(3つでなくてもかまいません)		
1.	2.	3.
デザインのイメージ(複数回答可)		
<input type="checkbox"/> かわいい <input type="checkbox"/> シンプル <input type="checkbox"/> カッコ良い <input type="checkbox"/> 立体的 <input type="checkbox"/> 手書き風 <input type="checkbox"/> クール		
<input type="checkbox"/> 和風 <input type="checkbox"/> カラフル <input type="checkbox"/> 伝統的 <input type="checkbox"/> 先進的 <input type="checkbox"/> おまかせ		
ロゴマークで表現したいものがありましたらご記入ください		
その他、ご要望がありましたらご記入ください		

MITSUWA

ミツワ広告株式会社  
株式会社ミツワプランニング

FAX:(06)6363-3510

☎06-6363-3500    〒530-0047 大阪府大阪市北区西天満5-8-3