



マイクリニック似顔絵作成サービス申込書

お申込日: 年 月 日

マイクリニック似顔絵作成サービスを申し込みます

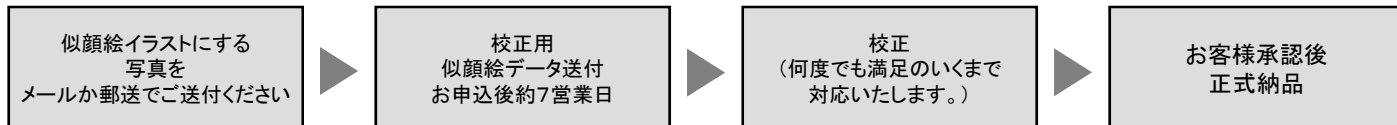
ご署名

印

貴医療機関名	フリガナ	ご連絡先 E-mail	
ご担当者名	フリガナ	電話番号	
ユーザーID	<input type="checkbox"/> ユーザーID[]		
似顔絵依頼数	[] カット (×カット数となります)		
似顔絵タッチ	<input type="checkbox"/> リアルタッチ 上半身のみとなります		<input type="checkbox"/> 漫画タッチ 頭の大きさが体に比例して大きくデフォルメされます
			<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 上半身 どちらかお選びください 
服装	<input type="checkbox"/> 写真のまま <input type="checkbox"/> 変更希望()		
他ご要望がありましたらご自由に記入ください			

お支払いは、納品後弊社より請求書を送付させていただきます。
(弊社口座振替ご契約のお客様は、口座より引き落としさせていただきます)

●納品までの流れ



※混み具合や依頼人数により相談の上、都度決定させていただきます。