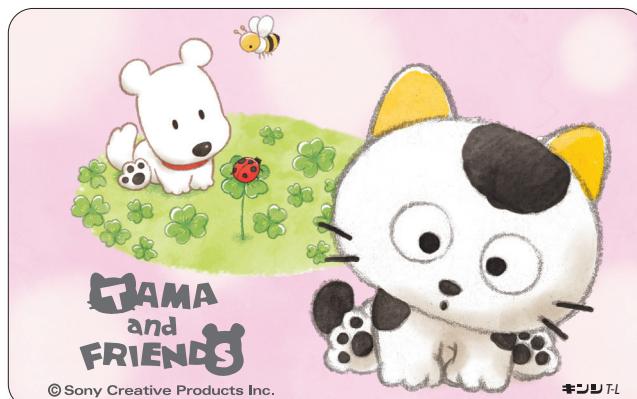


## タマ薄手 ID カード（裏面全面シルクパネル付き）

材質  
PVC

J柄

K柄



L柄

M柄

© Sony Creative Products Inc.

No. _____	様						
診療時間							
10:00～13:00	月	火	水	木	金	土	日・祝
16:00～19:00	●	●	●	休	●	●	休
【休診日】木曜・日祝日・土曜午後							
※ご来院の際は、このカードを受付にご提示ください。 ※ご来院の際は、マイナ保険証等をご持参ください。 ※保険内容等に変更があった際は、必ずお知らせください。							

NO.	健/本/家/国/鉄/生						
氏名	様						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日			
※ご来院の際は、このカードを受付にご提示ください。 ※ご来院の際は、マイナ保険証等をご持参ください。							
9:00～12:30	○	○	○	○	○	○	/
14:00～17:30	○	○	○	/	○	○	/
※日曜・祭日・木曜午後休診					東京都文京区湯島 2-19-12		
キンシクリニック					TEL 03-3815-2971		

## 裏面印刷参考デザイン

200枚単位でお好きな絵柄をご指定下さい。  
 800枚より

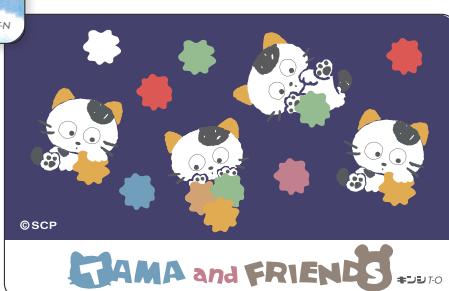
商品コード	縦×横×厚さ (mm)	絵柄	文字色 (裏面のみ)
C1500	54×86×0.48	J・K・L・M	黒・青・緑

- ◎ 商品の色合いは、撮影・印刷条件などから実際の色と異なって見えることがありますのでご了承下さい。  
◎ 記載の数字は診察券のデザイン番号となっております。診察券作成時にはP138からの【DESIGN】のページもご参考にして下さい。

## タマクリスピーカード

材質  
PET

N柄

裏面印刷  
参考デザイン

O柄

No. _____	タマクリスピーカード						
様							
診療時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
10:00 ~ 13:00	●	●	●	休	●	●	休
16:00 ~ 19:00	●	●	●	休	●	休	休
【休診日】木曜・日曜日・土曜午後							

キンシクリニック  
〒350-1155 川越市下赤坂758-12  
TEL. 049(261)4040  
HPはこちら▲

回数券  
sample  
回数券  
HPはこちら▲

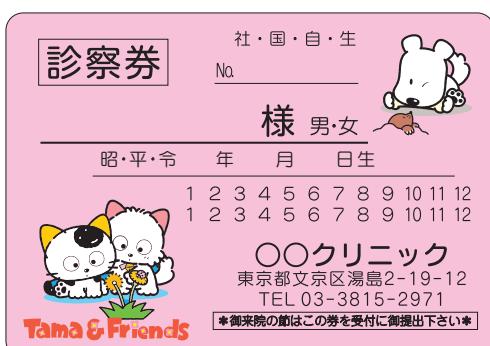
P柄

名入れ  
OK 500枚単位でお好きな絵柄を  
ご指定下さい。  
⇒ 500枚より

商品コード 縦×横×厚さ (mm) 絵柄 文字色 (裏面のみ)  
**C0800** 54×86×0.25 N・O・P 黒

© Sony Creative Products Inc.

## タマ紙診察券

材質  
紙

社・国・自・生

No. \_\_\_\_\_



様 男・女

昭・平・令 年 月 日 生

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

○○クリニック

東京都文京区湯島2-19-12

TEL 03-3815-2971

\*御来院の際はこの券を受付に御提出下さい\*

裏面印刷  
参考デザイン

## 診察時間

平日 午前 9:00~12:00  
午後 4:00~ 7:30  
(但し、土曜日の午後は7:00までです)

休診日 日曜・祝日

◎御来院の際は必ず本券を  
御提出下さい。

© Sony Creative Products Inc.

名入れ  
OK 1,000枚 (4絵柄×250枚)  
より印刷賜ります。  
⇒ 1,000枚より

商品コード 仕様 縦×横 (mm)  
**C040V** 片面 60×85  
**C040W** 両面

※キャラクターの移動はできません。※絵柄は4色セットになります。

- ◎商品の色合いは、撮影・印刷条件などから実際の色と異なって見えることがありますのでご了承下さい。
- ◎キャラクターのデザインは予告なく変わることがありますのでご了承ください。



社・国・自・生

No. \_\_\_\_\_



様 男・女

年 月 日 生

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

○○クリニック

東京都文京区湯島2-19-12

TEL 03-3815-2971

\*御来院の際はこの券を受付に御提出下さい\*



社・国・自・生

No. \_\_\_\_\_



様 男・女

月 日 生

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

○○クリニック

東京都文京区湯島2-19-12

TEL 03-3815-2971

\*御来院の際はこの券を受付に御提出下さい\*



社・国・自・生

No. \_\_\_\_\_



様 男・女

年 月 日 生

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

○○クリニック

東京都文京区湯島2-19-12

TEL 03-3815-2971

\*御来院の際はこの券を受付に御提出下さい\*

© Sony Creative Products Inc.