

期間限定 歯科手帳各種



歯と口の健康週間

6月
4~10

特別 SALE!

セール期間 2023.05.31 ご注文まで

セール対象条件 新規ご採用の場合 → 50冊以上のご購入
追加ご注文の場合 → 100冊以上のご購入

※価格はすべて税別です

連絡帳に使えるキッズ専用の歯科手帳 デンタルノートこども用

表紙
5種



ページュ



ブルー



ピンク



イエロー



ペパーミント



院名
印刷可

- キッズクラブの会員証やプレゼントに最適
- 治療内容や次回の予定は手軽なチェック方式
- お口のケアに興味が出てくる読み物満載!

1冊あたり
通常価格 302円

272円

定期検診率を向上させる大人の歯科手帳 メンテナンス手帳

表紙
5種



黄緑



白



深緑



ターコイズ

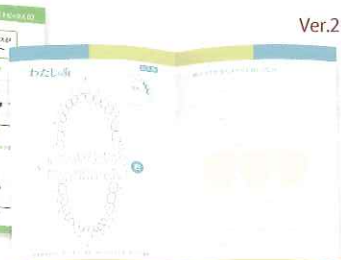


アイボリー

手帳
2種



Ver.1



Ver.2

院名
印刷可

- デンタルIQを高め、予防の重要性を訴求
- お薬手帳も一緒に保管できる A6 サイズ
- 服薬やデンタルケアグッズの記録ページも充実

1冊あたり
通常価格 302円

272円

セール対象商品一覧は裏面へ →

VISCALogo 日本ビスカ株式会社



0120-12-7716

インターネットからも資料請求いただけます。
www.visca.co.jp



医療機関の快適な受付を創造します

[本社] 〒160-0022 東京都新宿区新宿6-24-20 KDX新宿6丁目ビル10F [営業所] 札幌・仙台・名古屋・大阪・福岡

[2023年5月31日まで]

日ごろのご愛顧に感謝して、今年も謝恩セールを開催いたします。ご注文商品の数量、貴院名、代理店名などをご記入の上、FAXにてご注文ください。
 セールの対象条件 …… 新規：50冊以上のご購入、追加：100冊以上のご購入

■ **デンタルノートこども用**

(税別)

| ご注文商品 ※チェックを入れてください | 院名印刷※ | セール価格(通常価格) | 1セット ※販売単位 | ご注文数 |
|--|-------|-------------------|---------------|------|
| 既成表紙 <input type="checkbox"/> ベージュ (D2805BE) <input type="checkbox"/> ブルー (D2804BL) <input type="checkbox"/> ピンク (D2806PI) <input type="checkbox"/> イエロー (D2807YE) <input type="checkbox"/> ペパーミント (D2815PM) | あり・なし | 5,050円 (5,600円) | 50冊 | 冊 |
| <input type="checkbox"/> オリジナル表紙 (D2816OH) | — | 33,400円 (37,000円) | 200冊 | 冊 |
| <input type="checkbox"/> 手帳 (D2851NB) | — | 8,550円 (9,500円) | 50冊 | 冊 |

※院名印刷 50冊1,000円(初回・訂正時のみ版下作製費として別途1,800円)

■ **メンテナンス手帳**

(税別)

| ご注文商品 ※チェックを入れてください | 院名印刷※ | セール価格(通常価格) | 1セット ※販売単位 | ご注文数 |
|---|-------|-------------------|---------------|------|
| 既成表紙 <input type="checkbox"/> 黄緑 (D2860CA) <input type="checkbox"/> 白 (D2861CB) <input type="checkbox"/> 深緑 (D2862CC) <input type="checkbox"/> ターコイズ (D2864CD) <input type="checkbox"/> アイボリー (D2865CE) | あり・なし | 5,050円 (5,600円) | 50冊 | 冊 |
| <input type="checkbox"/> オリジナル表紙 (D2863OH) | — | 33,400円 (37,000円) | 200冊 | 冊 |
| <input type="checkbox"/> 手帳Ver.1 (D2852NC) <input type="checkbox"/> 手帳Ver.2 (D2853NC) | — | 8,550円 (9,500円) | 50冊 | 冊 |

※院名印刷 50冊1,000円(初回・訂正時のみ版下作製費として別途1,800円)

ご注文価格が 10,000 円以上 (税別) の場合は送料サービスいたします

ご注文日 年 月 日

貴院名

お電話番号(必ず明記してください)

ご住所 〒□□□-□□□□

院名印刷の内容・印刷内容の修正はこちらに記載ください

代理店様名

ご発注担当者名

(○で囲んでください)

商品を直送 する ・ しない
 院名印刷のご希望 なし ・ あり
 印刷内容の訂正 なし ・ あり