

新規で登録／ご登録内容変更 FAX用紙

黒のボールペンまたはサインペンではっきりとご記入ください。

カタログ No.64-N

■ご記入日 年 月 日 ■同時注文 あり なし ■送信枚数 枚

■ご連絡内容 新規で登録 ご登録内容変更

■ご登録内容変更の場合のみご記入ください（新規で登録の場合は、ご記入不要）

■ご請求先名称・医療施設名 様

■お客様コード ■ご登録 TEL 番号： - -

■変更開始日 年 月 日

■ご登録／変更内容

- *新規で登録の場合、すべての項目にご記入ください。
- *ご登録内容変更の場合、該当するご変更内容のみご記入ください。

■ご請求先の事業形態 歯科医院・診療所（院内ラボ 有・無） 歯科技工所

■ご請求先の名称・医療施設名 フリガナ 様

フリガナ フリガナ
■代表者様の氏名 様 ■ご注文担当者 様

■ご請求先のご住所 〒 -

フリガナ
都 県 市 郡
府 道 区

ビル名・階数なども詳細にご記入ください。

■TEL： - - ■FAX： - -

■Eメールアドレス：

■休診日（休業日） 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝日

■登録完了案内 要FAX 要TEL 不要

備考欄

ご記入内容によっては、確認の連絡をさせていただく場合がございます。予めご了承願います。

ご登録ありがとうございました。 今後ともよろしくお願い申し上げます。