

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.63-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		
■代表者様の氏名	フリガナ	■ご注文担当者
様		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。