



申込日	年 月 日
医院名(必須)	
電話番号(必須)	
住所	〒
フリガナ 院長名	
担当者名	
ご紹介医院名	
テキストの掲載	<input type="checkbox"/> HPのテキストを引用して欲しい <input type="checkbox"/> データを送信する
写真の掲載	<input type="checkbox"/> 希望する【・データを送信する ・HPの画像を引用してほしい】どちらか選択して下さい。 <input type="checkbox"/> 希望しない
ホームページのリンク	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
e-mail(必須)	<small>※掲載確認を院長へお願いしておりますので院長のアドレスをご記入下さい(公開は致しません・携帯アドレスは不可)</small>
診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 審美歯科 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 予防歯科 <input type="checkbox"/> 訪問歯科
在籍医師性別	<input type="checkbox"/> 男性医師のみ在籍 <input type="checkbox"/> 女性医師のみ在籍 <input type="checkbox"/> 男性医師・女性医師の両方が在籍
取り扱いクレジットカード	<input type="checkbox"/> アメリカンエクスプレス <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> マスターカード <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> JCB
駐車場	<input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> なし
リクエスト予約機能	<input type="checkbox"/> 搭載を希望する <input type="checkbox"/> 搭載を希望しない

Medical Promotion Inc

お申込み方法は二通りございます。

- この用紙をご記入後、FAXにて送信して下さい。
- ハッピードットネットの「新規登録歯科医院募集」フォームよりお申込み下さい。

ご記入後、FAXにて送信をお願いします。【FAX】052-265-7732

送信後、1週間以内に担当者様へご連絡をいれさせていただきます。

尚、不明な点ご変更等ございましたら、下記連絡先までご連絡下さい。

TEL 052-265-7733(服部)

※ご相談受付時間 10:00~18:00(土・日・祝日、年末年始は休業とさせていただきます。)