

# 企業(医院)登録申し込み用紙

年 月 日記載

## ■基本情報

※印は、入力必須項目です。

(フリガナ) ※	
事業者名(医院名) ※	(医院・法人名)
設立年月日 ※	年 月 日
業種 ※	<input type="checkbox"/> 歯科医院 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 歯科技工所 <input type="checkbox"/> 歯科材料 <input type="checkbox"/> その他

## ■所在地・連絡先

所在地 ※	(フリガナ)
	〒 - (都・道・府・県)
	(市・区・町・村)
	(ビル名・マンション名なども明記)
交通機関 ※	路線名・最寄り駅・徒歩〇分など
TEL ※	
FAX	
ご担当者名フリガナ ※	
ご担当者名 ※	
ご担当者名役職 ※	
ご希望連絡時間帯 ※	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> お昼 <input type="checkbox"/> 13時～15時 <input type="checkbox"/> 15時～17時 <input type="checkbox"/> 17時～19時 <input type="checkbox"/> 19時～21時 <input type="checkbox"/> 21時～23時 <input type="checkbox"/> いつでも
メールアドレス	
ホームページ	

## ■営業内容

事業 ※	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 審美 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他
ユニット数	
営業(診療)時間 ※	
休日(休診日) ※	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 年中無休
特徴・PR	

## ■スタッフ人数

合計 ※	人
歯科医師	人
歯科衛生士	人
歯科技工士	人
助手・受付	人
その他スタッフ	人

## ■その他

サイトを知った経路	<input type="checkbox"/> 検索エンジン <input type="checkbox"/> リンク・バーナー <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他
ご意見・ご希望	