FAX返信:011-223-0112

下記お申し込み内容をご記入の上、FAXにてご返信ください。

1．お申し込みコース
□スタンダードプラン（ホームページ・予約機能付き、口座振替月3,000円＜税別＞）
□フリープラン

2．医院情報

医院名：	
院長名：	担当者名：
住所：　〒	
TEL：	FAX：
URL：http://	Mail：

3．詳細情報
①診療内容（複数選択可）
□一般歯科　□小児歯科　□一般矯正　□小児矯正　□審美歯科　□予防歯科
□口腔外科　□ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ　□ﾎﾜｲﾄﾆﾝｸﾞ　□ﾚｰｻﾞｰ治療　□口臭治療　□入れ歯
②施設情報（複数選択可）
□夜間診療　□休日診療　□訪問診療　□駐車場　□カード支払　□キッズルーム
□ﾊﾟｳﾀﾞｰﾙｰﾑ　□ｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞﾙｰﾑ　□ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ　□24時間電話予約　□ＷＥＢ予約

③診療時間

曜日	午　前	午前休診	午　後	午後休診	夜　間	夜間休診
月	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□
火	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□
水	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□
木	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□
金	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□
土	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□
日	：　～　：	□	：　～　：	□	：　～　：	□

④診療時間コメント（2行×25文字）

⑤院長コメント（4行×25文字）

⑥代理掲載の確認
□医院責任者の確認済み　所　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿担当：
連絡先：