

# 取引先登録用紙



## ■ 医院様情報

お申し込み日 年 月 日

お取引先医院名	フリガナ	印
院長名	フリガナ	
ご住所	フリガナ	
	〒 -	
TEL		mobile
FAX		
URL		
mail		
休診日		
診療時間		
締日/お支払日	<input type="checkbox"/> 20日締め翌月20日までお支払い <input type="checkbox"/> 月末日締め翌月末までお支払い	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み <input type="checkbox"/> クレジットカード	

## ■ 請求先が別の場合はこちらに記入

ご請求先名	フリガナ	印
ご担当名	フリガナ	
ご住所	フリガナ	
	〒 -	
TEL		
FAX		

## ■ アンケート ※チェック項目は複数でも問題ありません。

### 診療内容

- 保険が多い     自費診療が多い     保険、自費ともに同じ程度  
 インプラントが多い     インプラントは少ない

### 自費で多く出る技工物

- ジルコニア  
 メタルボンド  
 ハイブリットセラミックス  
 AGCガルバノクラウン  
 e-maxクラウン・インレー  
 金属床

### 保険で多く出る技工物

- 硬質レジン前装冠  
 メタルインレー・FCK  
 義歯  
 テンポラリークラウン  
 その他  
 その他( )

取引先登録用紙(PDF)をプリントアウトして、必要事項をご記入の上、FAX、もしくはメールにてお送り下さい。  
こちらで登録用紙の確認が出来ましたら、必要書類一式をお送り致します。

