# 取引先登録用紙

KEN. DENTALX

## ■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 | □ 20日締め翌月20日までお支払い　□ 月末日締め翌月末までお支払い | |
| お支払方法 | □ 銀行振り込み　□ 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 | 保険で多く出る技工物 |
|---|---|
| □ ジルコニア | □ 硬質レジン前装冠 |
| □ メタルボンド | □ メタルインレー・FCK |
| □ ハイブリットセラミックス | □ 義歯 |
| □ AGCガルバノクラウン | □ テンポラリークラウン |
| □ e-maxクラウン・インレー | □ その他 |
| □ 金属床 | 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。

ケン・デンタリックス株式会社
〒113-0034 東京都文京区湯島3-27-3
TEL.03-3836-2236　FAX.03-3836-2235
URL : http://www.ken-dentalx.com
E-mail : info@ken-dentalx.com