

clinic登録申請書

項目欄	記入欄						記入例
clinicコード	1	2	0				← こちらは空欄でお願いします。
clinic名称							ITXテントタルクリニック（必須）
郵便番号	〒						〒100-9999（必須）
都道府県							東京都（必須）
市区町村							千代田区（必須）
町域以下							霞ヶ関100-99（必須）
ビル・建物名							霞ヶ関100丁目ビル10F（必須）
電話番号							03-9999-9999（必須）
担当者名							山田 太郎（必須）
メールアドレス							imaplant@risk.com（必須）
ホームページURL							下記の患者向けサイトへの掲載をご希望された場合は必須となります。

※本書に記載される情報は登録・連絡に使用いたします。送付物受取が可能なご住所をお書きください。尚、頂いた個人情報は資料及び情報提供以外の目的には使用いたしません。弊社の個人情報に関する方針の詳細は弊社ホームページにも記載しております。http://www.itx.co.jp

インプラントリスクチェッカーにつきましてご確認後、下記項目の にチェックをお願いいたします。

インプラントリスクチェッカーを使用するための医院登録に同意いたします。

インプラントリスクチェッカー患者向けサイトでの貴院情報の掲載について

掲載する 掲載しない

※ご登録の完了には1週間ほどかかります。ご登録後、(有)プライメックよりご記入のメールアドレスに資料をお送りいたします。

ご登録お申込みは
24時間受付

FAX : 03-5850-8505

(FAX送信先: 株式会社インプラテックス)