

医院コード	
-------	--

歯科医院登録用紙

ご記入日： 年 月 日

医院情報

医 院 名	(フリガナ)
住 所	(フリガナ)
電 話 番 号	
FAX 番号	
医 院 長 名	(フリガナ)

請求締日

20日 ・ 月末 締め	翌月 20日 ・ 月末 まで払い
------------------	--------------------------

支払方法

銀行振込	現金支払い	コレクト便払い(郵送のみ)
------	-------	---------------



〒173-0003 東京都板橋区加賀 1-16-6

TEL:03-5375-5510

FAX:03-3962-7160