

# 全国歯科ネット 掲載申込FAX用紙

FAX : 089-979-6150

~お申込者情報~

■医療法人名

---

■貴医院名（ふりがな）

---

■お名前（ふりがな）

---

■お役職名

---

■郵便番号

---

■ご住所

---

■お電話番号

---

■F A X 番号

---

■携帯番号

---

■メールアドレス

---

■ホームページ <http://>

---

~お申込内容~

ご希望の掲載タイプを○でお囲み下さい。

■広告掲載タイプ      A ・ B ・ C ・ D ・ E

---

■テンプレートタイプ                      タイプ

---

■オプション

---

~備考~