

Dr.Net 予約くん 申込書

貴院情報

ご記入日： 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
医院名*		ご担当者名*	

郵便番号*	—	*必須項目	
フリガナ*			
所在地*			
電話番号*		FAX番号	
ホームページ			
メールアドレス			

お申込内容

サービス名	チェック
Dr.Net 予約くん	<input type="checkbox"/> このプランに契約します。
診療科目追加	<input type="checkbox"/> このオプションを（ ）個追加します。
病院側電子メール通知	<input type="checkbox"/> このオプションを申し込みます。
患者側電子メール通知	<input type="checkbox"/> このオプションを申し込みます。
アクセスレポート	<input type="checkbox"/> このオプションを申し込みます。
院内ディスプレイ	<input type="checkbox"/> このオプションを申し込みます。

別紙、「Dr.Net 予約くん」規約に同意し、上記内容で、「Dr.Net 予約くん」の申し込みを行います。

お名前

印

[個人情報の取り扱いについて]

株式会社春木メディカルサービスでは、本申し込みにあたりお預かりしたお客様の個人情報を当社が別途定める

「個人情報の取り扱いについて」に従い管理致します。

[個人情報の利用目的]

お預かりした個人情報は、御契約時のご本人様確認、ならびに当社サービスに関するご案内に使用致します。

株式会社春木メディカルサービス
〒464-0074 名古屋市千種区仲田2-14-16
Phone : 052-751-7311 Fax : 052-751-7314