

スマイルライン・デンタルクレジットの 加盟登録は無料です!!

登録
無料

FAX.フリーダイヤル0120-594-445

スマイルライン・デンタルクレジット加盟申込書

※ 医院名・医院住所はゴム印でも結構です。

※ 法人歯科医院の場合は、法人歯科医院名及び代表者名(理事長名)をご記入下さい。

お申込み者	※ 医院名 ※必ずご記入ください。	フリガナ <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 医療法人社団	
	※ 代表者名 (理事長名) ※必ずご記入ください。	フリガナ	性別 男 ・ 女
	代表者生年月日	大 ・ 昭	年 月 日生
	※ 医院住所 ※必ずご記入ください。	フリガナ 〒	都 道 府 県 TEL FAX
	※ 代表者住所 ※必ずご記入ください。	フリガナ 〒	都 道 府 県 TEL FAX
	E-mail@.....	

<p>ポスターを いずれか1種類 お選びください。</p> <p>※いずれか1つに ☑をして下さい。</p> <p>☑が無い場合は弊社にて お選び致します。</p>	 <p>当医院では、 歯科治療費専用クレジットを ご利用いただけます。</p> <p>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</p> <p><input type="checkbox"/> A 審美用1</p>	 <p>当医院では、 歯科治療費専用クレジットを ご利用いただけます。</p> <p>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</p> <p><input type="checkbox"/> B 審美用2</p>	 <p>当医院では、 歯科治療費専用クレジットを ご利用いただけます。</p> <p>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</p> <p><input type="checkbox"/> C インプラント用</p>	 <p>当医院では、 歯科治療費専用クレジットを ご利用いただけます。</p> <p>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</p> <p><input type="checkbox"/> D 矯正用1</p>	 <p>当医院では、 歯科治療費専用クレジットを ご利用いただけます。</p> <p>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</p> <p><input type="checkbox"/> E 矯正用2</p>
	※ポスターのデザイン・仕様が異なる場合がございます。				

スマイルライン・デンタルクレジットのご利用・お申し込みを急がれますか? ※いずれか1つに☑をして下さい。

はい いいえ

200807

スマイルライン・デンタルクレジットへの歯科医院様からの加盟お申込み・お問い合わせは、
スマイルライン・デンタルクレジット事務局まで。

TEL. ☎ 0120-418-591 FAX. ☎ 0120-594-445