

※医院名・医院住所はゴム印でも結構です。

※法人の場合は、法人歯科医院名及び代表者名(理事長名)をご記入ください。

※ 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
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
※ 代表者生年月日 ※必ずご記入ください。	西暦	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 :	
E-mail		@

※記入に不備がありますと手続きが遅れる場合がございます。

ポスターを いずれか1種類 お選びください。 ※いずれか1つに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> が無い場合は 弊社にて お選び致します。	 <p>美しい笑顔は 目元から、 美しい笑顔は 輝く口元がくる</p> <p>当医院では、 歯科治療専用クレジットを ご利用いただけます。 <small>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</small></p> <input type="checkbox"/> A 審美用1	 <p>美しい笑顔は 輝く口元がくる</p> <p>当医院では、 歯科治療専用クレジットを ご利用いただけます。 <small>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</small></p> <input type="checkbox"/> B 審美用2	 <p>インプラントで、 自然な笑顔を取り戻しました。</p> <p>当医院では、 歯科治療専用クレジットを ご利用いただけます。 <small>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</small></p> <input type="checkbox"/> C インプラント用	 <p>はじめよう、歯列矯正。</p> <p>当医院では、 歯科治療専用クレジットを ご利用いただけます。 <small>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</small></p> <input type="checkbox"/> D 矯正用1	 <p>はじめよう、歯列矯正。</p> <p>当医院では、 歯科治療専用クレジットを ご利用いただけます。 <small>※クレジットの分限額以上は現金決済です。</small></p> <input type="checkbox"/> E 矯正用2
---	--	---	--	--	--

※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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(W)
---	--	-----

お申し込みはFAXでお申し込みください。

FAX. ☎0120-594-445