

■ 申 込 日 年 月 日

※は必須項目です。

代理店 1600

につきましては を入れて下さい。

■ 病院名 ※	フリガナ		
■ 住所 ※	〒 -		
■ 電話番号 ※	() -		
■ 診療時間 ※ 診療券裏面に記載の要領で ご記入下さい。	平日	AM : ~ : PM : ~ :	
	土曜	AM : ~ : PM : ~ :	
	日曜	AM : ~ : PM : ~ :	
	祝祭日	AM : ~ : PM : ~ :	
■ 休診日 ※			
■ 希望ID ※	英数字10文字以内	■ 希望パスワード ※	英数字6~20文字以内
■ 予約受信FAX番号 ※	() -		
■ 予約受信メールアドレス			
■ ホームページアドレス	http:// ※既存でホームページをお持ちの場合ご記入下さい。		
■ 診療科目 ※ 複数選択可能	<input type="checkbox"/> 一般歯科	<input type="checkbox"/> 審美歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科
	<input type="checkbox"/> 小児歯科	<input type="checkbox"/> 口腔外科	<input type="checkbox"/> 美容歯科
■ お忘れ防止メール ※	<input type="checkbox"/> 1時間前	<input type="checkbox"/> 2時間前	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)前 <input type="checkbox"/> なし に送信
■ 駐車場 ※	<input type="checkbox"/> 有 ()台	<input type="checkbox"/> 無	■ クレジットカード ※ <input type="checkbox"/> 利用可 <input type="checkbox"/> 利用不可
■ 予約申込 ※	<input type="checkbox"/> 当日可	<input type="checkbox"/> 翌日	<input type="checkbox"/> 翌々日
■ 予約時間間隔 ※	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> 60分 毎に()人 ずつ
■ 病院紹介 100文字以内			

- ・スターターキットのお申し込み ¥31,500 ... ①・②共にご記入ください。(無料掲載の場合はご記入不要です。)
- ・ケータイホームページ作成代行依頼 ¥5,250 ... ②のみご記入ください。

① アドカード印刷情報

■ 病院名英語表記			
■ アドカード台紙カラー	<input type="checkbox"/> グリーン	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> イエロー <input type="checkbox"/> ブルー

② ケータイホームページ作成情報

■ 病院からのお知らせ 100文字以内			
■ 先生紹介 100文字以内			

お申込みは上記必要事項をご記入の上、下記番号へFAXして下さい。

FAX 番号 03-3350-6450

(株)コムネット
TEL 03-3350-0648