

# clinic登録申請書

記入日 年 月 日

項目欄	記入欄							記入例
clinic コード	1	0	1					こちらは空欄でお願いします。
clinic 名称								プライメックデンタルクリニック
郵便番号	〒							〒104-0061(必須)
都道府県								東京都(必須)
市区町村								中央区(必須)
町域以下								銀座3丁目14-1(必須)
ビル・建物名								銀座三丁目ビル8F(必須)
電話番号								03-3549-0810(必須)
担当者名								省略可
メールアドレス								
ホームページURL								省略可

インプラントリスクチェッカーについて下記項目口にチェックをお願いいたします。

インプラントリスクチェッカーを使用するための医院登録に同意いたします。

インプラントリスクチェッカー ポータルサイトに医院情報を掲載。

掲載する

掲載しない

[有限会社プライメック http://mac-sugiyama.com](http://mac-sugiyama.com) TEL: 045-511-7255 FAX: 045-511-7256

URL: [implant-riskchecker.com](http://implant-riskchecker.com) E-mail: [info@mac-sugiyama.com](mailto:info@mac-sugiyama.com)

## FAX: 045-511-7256