

# お申し込み

FAX 番号 052-837-5258

医院名（正式名称）	
院長名	様
担当者名	様
メールアドレス	@
電話番号	— —
FAX 番号	— —
住所	〒 —
ホームページの URL	http://
医院へのアクセス方法	※ 最寄り駅と最寄り駅からの時間等詳しく御入力ください。
診療科と診療内容	
レセ枚数 ※ 過去3ヶ月の1ヶ月平均	<input type="checkbox"/> 200枚未満 <input type="checkbox"/> 200枚～300枚未満 <input type="checkbox"/> 300枚～400枚未満 <input type="checkbox"/> 400枚～500枚未満 <input type="checkbox"/> 500枚以上
保険点数 ※ 過去3ヶ月の1ヶ月平均	<input type="checkbox"/> 30万点未満 <input type="checkbox"/> 30万点～40万点未満 <input type="checkbox"/> 40万点～50万点未満 <input type="checkbox"/> 50万点以上
自費売上 ※ 過去3ヶ月の1ヶ月平均	<input type="checkbox"/> 50万円未満 <input type="checkbox"/> 50万円～100万円未満 <input type="checkbox"/> 100万円～200万円未満 <input type="checkbox"/> 200万円～300万円未満 <input type="checkbox"/> 300万円～400万円未満 <input type="checkbox"/> 400万円～500万円未満 <input type="checkbox"/> 500万円以上 <input type="checkbox"/> 1000万円以上
患者数/1日平均	<input type="checkbox"/> 20人未満 <input type="checkbox"/> 20人～30人未満 <input type="checkbox"/> 30人～40人未満 <input type="checkbox"/> 40人～50人未満 <input type="checkbox"/> 50人以上
医師の人数	人/1日平均
看護師または歯科衛生士の人数	人/1日平均
受付および助手の人数	人/1日平均
お問い合わせ内容	