



FAX 052-253-6374

ご記入後、  
このままファックス  
してください！

該当項目にチェック・ご記入のうえ、そのままFAXしてください。  
修正が必要な項目はご修正お願いいたします。

Dr.'s 申告に申し込みます。

先生のお名前	(フリガナ)
	先生
診療科目	
ご住所等	
電話番号	
メールアドレス	

※ご記入いただいた内容を第三者に公開するものではありませんが、開業物件情報や Dr.限定の有益な情報を、当社から送信させていただくことがございます。

※勤務医のドクター（医科・歯科）以外のお申込みはできません。

★その他、ご質問やお知りになりたい情報があればお伝えください。

[ ]

FAX 送信

052-253-6374