WEB予約システム申込書

　貴院専用のWeb予約アカウントを作成致します。

　ご利用される施設情報・ご担当者名をご記入下さい。

ご利用施設名：

　　　　住所：〒　　　　－

　　　　電話 ：　　　　　－　　　　－

　　　　FAX ：　　　　　－　　　　－

　　　　E-mail ：

ご担当者名：

* 個人情報の取扱いには十分ご注意下さい。
* 恐れ入りますが、アカウント及びパスワードは、当院にて作成させて頂きます。
* 貴院専用のアカウントになりますので、第三者への開示はご遠慮下さい。

ご記入が完了しましたら、郵送またはFAX、メールにて当院へお送り下さい。

登録が完了しました際には、別途ご報告致します。

医療法人DIC 宇都宮セントラルクリニック

〒321-0112　栃木県宇都宮市屋板町561-3

TEL:028-657-7303　FAX:028-657-7301