

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