

1. 初回登録用紙

必須項目は全てご記入ください。

ver. R1.1

必須項目

医院名			
医院名 ローマ字表記			
例) ANIMALHEART CLINIC			
医師名	フリガナ		
医師名 ローマ字表記			
E-mail	@		
医院住所	フリガナ		
	(〒 -)		
医院住所 ローマ字表記			
例) ○○ 6-9-2F, Nihonbashi, Chuoh-ku, Tokyo 104-0061			
TEL		FAX	

ご登録者様以外にご担当者様がいる際は、下記へのご記入もお願いします。

ご担当者様名	フリガナ		
E-mail	@		

特記事項 /ご質問 等			
「お探しの医薬品」や「連絡先」、「納期について」等がございましたら、ご記入ください。			

※ご登録頂きました情報は、アニマル・ハート・ステーションのプライバシーポリシーのもと、厳重に取り扱います。