

医院様ご登録専用 FAX シート 《1 枚目》

*は必須項目、□にはチェックをお願いします。

*1.医院名	<input type="text"/>	例) ○○歯科医院
*2.医院名 (フリガナ)	<input type="text"/>	例) マルマルシカイイン
*3.所在地	<input type="text"/>	
*4.勤務地 (所在地と違う場合は入力)	<input type="text"/>	
*5.最寄りの交通機関	<input type="text"/> 線 <input type="text"/> 駅	より〔徒歩・バス・車〕で <input type="text"/> 分
6.開院日	<input type="text"/>	例) 2000 年 1 月
*7.院長名	<input type="text"/>	例) 山田 太郎
*8.院長 (フリガナ)	<input type="text"/>	例) ヤマダ タロウ
9.院長の年齢	<input type="text"/> 歳	／ *10.院長性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*11.スタッフ数	歯科医師 <input type="text"/> 名	歯科衛生士 <input type="text"/> 名
	歯科技工士 <input type="text"/> 名	
	歯科助手 <input type="text"/> 名	受付・事務 <input type="text"/> 名
12.スタッフの平均年齢	<input type="text"/> 歳	／ 13.ユニット数 <input type="text"/> 台
*14.業務内容	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他 ()	
15.治療スタイル	<input type="checkbox"/> 保険中心 <input type="checkbox"/> 自費重視 <input type="checkbox"/> P・メンテ重視	
16.院内技工	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 技工士募集中	
*17.診療時間	午前 <input type="text"/> : <input type="text"/> ~ <input type="text"/> : <input type="text"/> 午後 <input type="text"/> : <input type="text"/> ~ <input type="text"/> :	
*18.休診日	<input type="text"/>	例) 日曜日、祝日
19.マイカー通勤	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 駐車場 有	
20.研修制度	<input type="checkbox"/> 勉強会あり <input type="checkbox"/> 講習会受講制度あり	

*番号はおかけ間違いのないようご注意ください。

FAX 送信番号 : 076-214-7766

