

ドクターガジェット契約お申込書(No.1)

ビープラスシステムズ株式会社 御中

顧客ID

申込年月日 200 年 月 日

■ドクターガジェットご契約の条件に同意し、ドクターガジェットに申し込みます。

基本情報 ※太枠内をご記入下さい。ご記入に不備がございますと、受付できない場合がございますのでご注意ください。

フリガナ		フリガナ	
貴院名	印	院長先生 ご氏名	
フリガナ			
ご住所	〒 - (都道府県) 市 町 番地		
フリガナ		部署名	
ご担当者			
電話	() -	FAX	() -
携帯電話	- -	電子メール	

ご利用プラン	■半年間無料キャンペーン適用 ■ドクターガジェット ¥24,000(税別)/年額
--------	---

連絡・確認先	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> には優先順位を明記ください。
--------	---

※以下、弊社記入欄

お支払い方法	■自動振替サービス利用 年額一括払い 自動振替サービスは27日振替ですので27日までに所定口座にお振込みください。
請求開始月	年 月度より ※備考()

お申込書送付先
FAX: 06-6930-4865

開通予定日

年 月 日開通予定

ビープラスシステムズ株式会社 〒538-0054大阪市鶴見区緑1丁目-15-18 Tel 06-6170-4870 Fax 06-6930-4865 e-mail toiwase@beeplus.or.jp
--

ドクターガジェット
Ver.1 20080611作成

ドクターガジェット契約お申込書記入例(No.1-2)

ビープラスシステムズ株式会社 御中

顧客ID

申込年月日 200 年 月 日

■ドクターガジェットご利用約款に同意し、ドクターガジェットに申し込みます。

基本情報 ※太枠内をご記入下さい。ご記入に不備がございますと、受付できない場合がございますのでご注意ください。

フリガナ	ビープラスクリニック	フリガナ	ヤマダ タロウ
貴院名	ビープラスクリニック 印	院長先生 ご氏名	山田 太郎
フリガナ	オオサカフ オオサカシ ツルミク ミドリ 1チョウメ		
ご住所	〒538-0054 大阪府 大阪市 鶴見区 緑1丁目 15-18 ホワイトビル 1F		
フリガナ	タナカ ヨシコ	部署名	歯科衛生士
ご担当者	田中 良子		
電話	(06)- 6170 - 4870	FAX	(06)- 6930 - 4865
携帯電話	090 - ×××× - ××××	電子メール	aaaa@abede.com

ご利用プラン	■半年間無料キャンペーン適用 ■ドクターガジェット ¥24,000(税別)/年額
--------	---

連絡・確認先	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> メール <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> には優先順位を明記ください。
--------	--

※以下、弊社記入欄

お支払い方法	■自動振替サービス利用 年額一括払い 自動振替サービスは27日振替ですので27日までに所定口座にお振込みください。
請求開始月	年 月度より ※備考()

お申込書送付先
FAX:06-6930-4865

開通予定日

年 月 日開通予定

ビープラスシステムズ株式会社 〒538-0054大阪市鶴見区緑1丁目-15-18 Tel 06-6170-4870 Fax 06-6930-4865 e-mail toiwase@beeplus.or.jp
--

ドクターガジェット
Ver.1 20080611作成

ドクターガジェット利用申込み書(No.2)

ビープラスシステムズ株式会社 御中

顧客ID

申込年月日 200 年 月 日

基本情報 ※太枠内をご記入下さい。ご記入に不備がございますと、受付できない場合がございますのでご注意ください。

フリガナ		フリガナ	
クリニック名 全角50文字程度		院長先生 ご氏名	
フリガナ			
ご住所	〒 - (都道府県) 市 町 番地		
電話	() -	FAX	() -

診療科目			
クリニック紹介文 全角127文字程度			
院長様挨拶文 全角127文字程度			
設備 全角127文字程度			
専門分野 全角127文字程度			
休診日	午前 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日		
	午後 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日		
午前診察時間	: ~ :	変則的な 診察時間	()曜日は : ~ :
午後診察時間	: ~ :	変則的な 診察時間	()曜日は : ~ :
最寄駅	線 駅		線 駅
目印 全角127文字程度			
駐車場について	(有・無) ()台駐車可能	駐車場補足 全角127文字 程度	

お申込書送付先

FAX: 06-6930-4865

ビープラスシステムズ株式会社
〒538-0054大阪市鶴見区緑1丁目-15-18
Tel 06-6170-4870 Fax 06-6930-4865
e-mail toiwase@beeplus.or.jp

ドクターガジェット
Ver.1 20080611作成

ドクターガジェット利用申込み書記入例(No.2-2)

ビープラスシステムズ株式会社 御中

顧客ID

申込年月日 200 年 月 日

基本情報

※太枠内をご記入下さい。ご記入に不備がございますと、受付できない場合がございますのでご注意ください。

フリガナ	ビープラスクリニック	フリガナ	ヤマダ タロウ
クリニック名 全角50文字まで	ビープラスクリニック	院長先生 ご氏名	山田 太郎
フリガナ	オオサカフ オオサカシ ツルミク ミドリ 1チョウメ		
ご住所	〒538-0054 大阪府 大阪市 鶴見区 緑1丁目 15-18 ホワイトビル 1F		
電話	(06)- 6170 - 4870	FAX	(06)- 6930 - 4865

診療科目	矯正歯科 審美歯科 インプラント		
クリニック紹介文 全角127文字まで	患者様の立場にたち、十分な説明と痛くない治療を心がけています。		
院長様挨拶文 全角127文字まで	〇〇大学歯学部を卒業し、〇〇年に開院して〇年になります。 主に〇〇の治療に力をいれております。スタッフも気さくで通いやすいクリニックといわれています。		
設備 全角127文字まで	口腔内カメラ CO2レーザー		
専門分野 全角127文字まで	無痛治療 インプラント		
休診日	午前	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日	
	午後	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日	
午前診察時間	9:00 ~ 12:00	変則的な 診察時間	(土) 曜日は 9:00 ~ 13:30
午後診察時間	14:30 ~ 19:00	変則的な 診察時間	() 曜日は : ~ :
最寄駅	地下鉄 今里筋 線 新森古市 駅	京阪 線 関目 駅	
目印 全角127文字まで	今里筋線1号出口下車より、徒歩1分 コンビニを目印に左に曲がり、左手に公園が見える		
駐車場について	(有・無) (5) 台駐車可能	駐車場につ いて補足 全角120文字 まで	空いている駐車場が無い場合は 向いの筋にあるコインパーキングを利用して ください。1時間は無料です。

お申込書送付先

FAX:06-6930-4865

ビープラスシステムズ株式会社
〒538-0054大阪市鶴見区緑1丁目-15-18
Tel 06-6170-4870 Fax 06-6930-4865
e-mail toiwase@beeplus.or.jp

ドクターガジェット
Ver.1 20080611作成