

返信先(ミルテル) FAX:082-236-1280

※太字(色付き)は入力必須項目

医療機関名 (簡略)		住所印でご対応頂く場合はこちらをお願いします。
医療機関名 (正式)		
医療機関名 (カナ)		

院長名		カナ	
-----	--	----	--

↓契約代表者が院長と異なる場合に記入

契約代表者名		カナ	
--------	--	----	--

郵便番号		-	
------	--	---	--

住所	都道府県	市町村	番地
	建物名等		

電話番号 (代表)		FAX番号	
-----------	--	-------	--

E-mail	
--------	--

上記メールアドレスで会員ページへの登録を 希望する 希望しない
(会員ページへの登録を希望した場合には、後日メールにてパスワードをお知らせ致します。)

URL	
-----	--

ミルテルHPへの掲載	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
------------	-------------------------------	--------------------------------

HPへの登録情報 (掲載希望の場合のみ)

医療機関名	<input type="checkbox"/> 簡略	<input type="checkbox"/> 正式	担当医師名	<input type="checkbox"/> 載せる	医師名	<input type="checkbox"/> 載せない
-------	-----------------------------	-----------------------------	-------	------------------------------	-----	-------------------------------

住所	<input type="checkbox"/> 載せる	<input type="checkbox"/> 載せない	電話番号	<input type="checkbox"/> 載せる	電話番号 (代表と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 載せない
----	------------------------------	-------------------------------	------	------------------------------	--------------------	-------------------------------

対応言語	<input type="checkbox"/> 英語	<input type="checkbox"/> 中国語	<input type="checkbox"/> その他
------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------

キャッシュレス 決済	<input type="checkbox"/> クレジット カード	対応カード	<input type="checkbox"/> 電子マネー	対応種類	<input type="checkbox"/> 未対応/ 載せない
---------------	---------------------------------------	-------	--------------------------------	------	---------------------------------------

下記、個人情報の取扱いについて同意の上、ご記入ください。

同意する 同意しない

—個人情報の取り扱いについて—

ご記入頂きました個人情報につきましては、訪問説明や資料送付、会員サイト登録に利用致します。

個人情報のご提供は任意ですが、必要な個人情報をご提供いただかない場合には、前記利用目的を達成できないことがあります。

当個人情報の取扱いの全部または一部を委託することがあります。当個人情報に関する利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加または削除、利用の停止・消去および第三者への提供の停止の求めについて、個人情報保護管理者(株式会社ミルテル 管理部長 TEL: 082-546-9797)にて受付けております。

案件ごとに担当部署が異なる場合には必ずご記入ください

検査に関するお問い合わせ窓口（ミルテルより検査に関する問い合わせをする場合の窓口）

担当部署				
ご担当者	カナ			役職
電話番号		FAX番号		E-mail

報告書の送付先

送付先機関名 簡略名称 正式名称 その他

※その他の場合

送付先機関名

ご担当者 院長名 契約代表者名 検査窓口と同じ その他

※その他の場合

担当部署				
ご担当者	カナ			役職
電話番号		FAX番号		E-mail

請求書の送付先

送付先 検査窓口と同じ 報告書と同じ その他

※その他の場合

担当部署				
ご担当者	カナ			役職
電話番号		FAX番号		E-mail

その他文書（ミルテルニュースなど、サービスに関するお知らせ）の送付先

送付先 検査窓口と同じ 報告書と同じ 請求書と同じ その他

※その他の場合

担当部署				
ご担当者	カナ			役職
電話番号		FAX番号		E-mail

ミルテル使用欄

契約検査センター名	
-----------	--