

病院管理者アカウント発行申請書

私は以下の病院に勤務し、サイキュレ病院管理者アカウントの発行を申し込みをいたします。

申込日 年 月 日

フリガナ				印
病院名				
フリガナ				
住所	〒 都道 府県			
TEL			FAX	
フリガナ				
開設者氏名				
フリガナ				
担当者氏名				
ホームページ	http://			
メールアドレス	@			
アカウントの 受け取り方法	なりすましを防ぐため、以下よりアカウントの通知方法をご選択ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 病院ホームページの「問い合わせフォーム」より受け取る <input checked="" type="checkbox"/> 病院ホームページと同じドメインのメールアドレスで受け取る 受け取るメールアドレスをご記入ください。（上記と同じ場合は記入不要です） @			