取引先登録用紙

KEN. DENTALX

■医院様情報

お申し込み日　　年　　月　　日

お取引先医院名	フリガナ	印
院長名	フリガナ	
ご住所	フリガナ 〒　　-	
TEL FAX		mobile
URL mail		
休診日 診療時間		
締日/お支払日	☐ 20日締め翌月20日までお支払い　☐ 月末日締め翌月末までお支払い	
お支払方法	☐ 銀行振り込み　☐ クレジットカード	

■請求先が別の場合はこちらに記入

ご請求先名	フリガナ	印
ご担当名	フリガナ	
ご住所	フリガナ 〒　　-	
TEL FAX		

■アンケート　※チェック項目は複数でも問題ありません。

診療内容

☐ 保険が多い　☐ 自費診療が多い　☐ 保険、自費ともに同じ程度

☐ インプラントが多い　☐ インプラントは少ない

自費で多く出る技工物	保険で多く出る技工物
☐ ジルコニア	☐ 硬質レジン前装冠
☐ メタルボンド	☐ メタルインレー・FCK
☐ ハイブリットセラミックス	☐ 義歯
☐ AGCガルバノクラウン	☐ テンポラリークラウン
☐ e-maxクラウン・インレー	☐ その他
☐ 金属床	その他(　　)

取引先登録用紙(PDF)をプリントアウトして、必要事項をご記入の上、FAX、もしくはメールにてお送り下さい。
こちらで登録用紙の確認が出来ましたら、必要書類一式をお送り致します。

ケン・デンタリックス株式会社
〒113-0033
東京都文京区本郷4-1-11デンタビル 本社4F
tel:03-6801-8194 fax:03-6801-8195

info@ken-dentalx.com
www.ken-dentalx.com