

登録申込用紙

①病院情報

2013 年 4 月 1 日

お申込み日を忘れずに記入してください

病院名	(フリガナ) キヤピタル 「動物病院」等のフリガナは未記入で構いません		
	CAPITAL動物病院		
所在地	〒 252 - 0238 神奈川県相模原市中央区星が丘4-13-19 ドミール星が丘B-103		
TEL	042-707-7312	FAX	042-707-7385
メール1	Y.Ishihara@be-capital.net		
メール2	customer@be-capital.net		

②診断報告について

報告書等のメール送付サービスをご希望の病院様は
ご記入ください (アドレスは2つまでご利用になれます)

ご報告の方法 (複数選択可)	FAX <input checked="" type="checkbox"/>	メール <input checked="" type="checkbox"/>	報告書の郵送	要 <input type="checkbox"/>	※不要 <input checked="" type="checkbox"/>
	メールアドレスのご登録が 必須になります		※不要の方には1回の検査につき100円値引きさせていただきます		

検体到着日数の記載	普通郵便で検体を送付された際、稀に到着までに3日以上かかる場合がございます。そのような際に、到着までの日数を報告書に記載するか否かお選びください。				
	不要 <input checked="" type="checkbox"/>	3日以上 <input type="checkbox"/>	4日以上 <input type="checkbox"/>		

診断遅延のご通知	脱灰操作等により、ご報告までに3日以上の日数が必要な場合がございます。そのような際に、貴院へのご通知が必要か否かお選びください。				
	不要 <input type="checkbox"/>	3日以上 <input checked="" type="checkbox"/>	4日以上 <input type="checkbox"/>	5日以上 <input type="checkbox"/>	

診断遅延のご通知方法 (複数選択可)	上記のご通知が必要な方はご通知方法をお選びください。				
報告書に記載 (診断後のご通知)	<input checked="" type="checkbox"/>	電話 <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	メール <input checked="" type="checkbox"/>	

これらのご通知方法は、診断前のご通知になります

③お支払方法

原則として、どれか1つをお選びください

銀行振替 (自動引落し)	<input checked="" type="checkbox"/>	銀行振込 <input type="checkbox"/>	郵便振替 <input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------