



SHIKA-KANREN.COM

FAX : 020-4666-5069 (日本国内)

ご登録情報		
1	クリニック名(必須)	
2	お名前(漢字)(必須)	
3	お名前(ローマ字)(必須)	
4	登録住所(必須)	〒
5	発送先住所 (登録住所と異なる場合)	〒
6	電話番号(必須)	() -
7	携帯電話番号	() -
8	e-mailアドレス(必須)	@

クレジットカード情報		
1	クレジットカード会社(必須)	VISA MASTER AMEX DINERS JCB
2	カード番号 (16桁)(必須)	— — — — - — — — — — - — — — —
3	カード名義 (ローマ字)(必須)	
4	有効期限(月/年)(必須)	— — / — —
5	セキュリティコード (3桁)(必須)	— — — (カード裏面の署名スペース横に印字)

上記情報に間違いがない事をご確認の上、ご署名下さい。
本登録フォームに加え、歯科医師免許のコピーも送付下さい。

署名: _____

日付: _____