

詳細ページ申込書

送信日/ 年 月 日

e-治療ネット 管理事務局 行き

紹介文等掲載内容をご記入の上、FAXで送付下さい。  
 診療所の写真は、現像写真1枚をご面倒ですがご郵送下さい。  
 その際、診療所の写真がない場合は、過去に作成されたパンフレット等からの流用も可能です  
 のでご送付下さい。写真の送付先は運営元の「有限会社 ネオス」まで。

会員情報	
施術所名 ※	ご担当者名 ※
住所 ※	〒 - -----
電話番号 ※	FAX
治療形態 ※	<input type="checkbox"/> 柔整 ・ <input type="checkbox"/> 鍼灸 ・ <input type="checkbox"/> あん摩・マッサージ
往診の有無 ※	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
ホームページアドレス	リンクを希望する場合のみ記入して下さい
メールアドレス	
連絡手段 ※	<input type="checkbox"/> FAX ・ <input type="checkbox"/> メール

※既にネット会員に登録されている方もご面倒ですがご記入下さい。

診療時間・診療曜日に○をつけて、※には祝日など補足したいことをお書き下さい。

診療時間	<table border="1"> <tr> <th>診療時間</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	診療時間	月	火	水	木	金	土	日																
	診療時間	月	火	水	木	金	土	日																	
※																									
最寄駅																									
紹介文 PR等	----- ----- ----- ----- -----																								
写真	<input type="checkbox"/> 後日、郵送する <input type="checkbox"/> イメージを使う                      ※いずれかにチェック																								