

顧客登録用紙(新規)

お客様情報

病 院 名			
院 長 名			
郵便番号			
住 所			
電話番号			
FAX番号			
e-mail			
報告方法	をつけて下さい	FAX	e-Mail 両方

お支払い方法

支払方法選択	
	振り込み 口座引落
銀行口座引落の場合	
手続き完了(1～3ヶ月)までの間の支払い方法を選択する	
	毎月振り込み(請求書発行)
	手続き終了後にまとめて引落

センター記入欄

顧客コード()

銀行口座引落しの説明

対応者: _____

対応日: 年 月 日

病理システムへの登録: 済 ・ 未