

医療技術継承サイト「Oben」グループ会員申込書

オーベン株式会社 宛

MAIL:oben-contact@oben.co.jp

※お手数ですが以下にご記入のうえ上記MAIL宛にご送付くださいますよう、お願い申し上げます。

申込者 情報	ふりがな				
	ご施設名称				
	診療科名				
	所在地		〒		
	ふりがな				
	管理者氏名				
	連絡先	TEL			
FAX					
Eメール					
利用者 情報	ユーザー1	氏名		Eメール	
	ユーザー2	氏名		Eメール	
	ユーザー3	氏名		Eメール	
※管理者がご利用の場合であっても、利用者情報へのご記入をお願いいたします。					
金額		110,000円(税込)			
振込予定日		月 日 ()			
振込先情報		みずほ銀行 飯田橋支店(フ)2424659 オーベン(カ)			
備考					

注意：1.個人情報については、お申し込み内容以外の目的には一切使用しません。

オーベン株式会社