

# 登録申込用紙

## ① 病院情報

年 月 日

病院名	(フリガナ)	
所在地	〒	
TEL		FAX
メール1		
メール2		

## ② 診断報告について

ご報告の方法 (複数選択可)	<input checked="" type="radio"/> FAX <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> メール <input type="checkbox"/>	報告書の郵送 (税別 300 円/件)	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="checkbox"/>
-------------------	---	------------------------	--

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。
	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 3 日以上 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 4 日以上 <input type="checkbox"/>

診断遅延の ご通知	脱灰操作等により、ご報告までに通常よりも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をお選びください。
	<input checked="" type="radio"/> 不要 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 要 <input type="checkbox"/>

診断遅延のご報告 方法 (複数選択)	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。
	<input checked="" type="radio"/> 報告書に記載 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 電話 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> FAX <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> メール <input type="checkbox"/>

## ③ お支払い方法

銀行振替 (自動引落し) 
 銀行振込

※2020年3月現在、銀行振替はご利用いただけません。  
 大変恐縮ですが、用意が整うまでお待ちください。