

Fax No. 03-5341-3017

KoshinOK.com お申し込み用 FAX 用紙

申込日： 年 月 日

医 院 名																					
お 名 前																					
ご 住 所	〒 -																				
電 話 番 号	() -																				
F A X 番 号	() -																				
メールアドレス	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
お 返 事 の 方 法	ご希望の方法に○をつけてください。																				
	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>電話</td><td><input type="checkbox"/></td><td>FAX</td><td><input type="checkbox"/></td><td>E-Mail</td></tr></table> <p>お電話の場合、ご希望日時 月 日 時ごろ</p>	<input type="checkbox"/>	電話	<input type="checkbox"/>	FAX	<input type="checkbox"/>	E-Mail														
<input type="checkbox"/>	電話	<input type="checkbox"/>	FAX	<input type="checkbox"/>	E-Mail																

お申し込み内容	○をつけてください。					
	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ホームページ新規作成</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>既存サイトに連載コラムを追加(連載コラム + 更新 2 回)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	ホームページ新規作成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	既存サイトに連載コラムを追加(連載コラム + 更新 2 回)
<input type="checkbox"/>	ホームページ新規作成	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	既存サイトに連載コラムを追加(連載コラム + 更新 2 回)	<input type="checkbox"/>				
ご質問・ご要望						

Fax No. 03-5341-3017

KoshinOK.com