

## メタジェニックス社 メディカルサプリメント 登録フォーム

申込日：       年    月    日

以下の各項目にご記入いただき、末尾の宛先までお送りください。（※必須項目）

登録の仕方※ (どちらかに○)	<input type="checkbox"/>	医療機関での登録(主に開業医・院長先生の場合)
	<input type="checkbox"/>	医師個人名での登録(主に勤務医の先生の場合)
医療機関名称※		
医療機関名称カナ※		
氏名※		
氏名カナ※		
職位※		
診療科※		
メールアドレス※		
電話番号※		
FAX 番号		
郵便番号※		
住所※		
医師免許登録年※	年	(元号もしくは西暦)
医師免許登録名	(現在の姓と異なる場合のみ)	

弊社ウェブサイト上で、メタジェニックス製品取り扱い医療機関としてのご紹介を希望される場合、以下もご記入ください。

ご紹介	<input type="checkbox"/> 希望する(希望される場合は、○を付けてください)		
表示診療科(1つ)		オンライン診療有無	あり・なし
ウェブサイト URL(任意)			

通信欄	
-----	--

### ご送付先

Eメールの場合	<a href="mailto:info@metagenics.co.jp">info@metagenics.co.jp</a>
FAX の場合	03-6384-2392
郵送の場合	〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-1-1 2 P M O 新宿御苑前 6 F メタジェニックス株式会社 カスタマーサービス宛