

「ご利用規約」をご確認のうえ、同意いただける場合 に をご記入ください。
 同意いただけない場合、当社の販売サービスはご利用いただけません。

同意する

ご利用規約は、ネットストアの【ご利用方法 ▶ ご利用規約】からご確認ください。

新規登録 ▶ [A] 法人登録または [B] 個人登録のいずれかが該当する方に、ご記入ください。

登録変更 ▶ 今回 **登録変更をご希望の項目のみ**、ご記入ください。 ※お客様番号は左詰めで6桁または7桁の番号をご記入ください。
 ※変更がない情報は記入不要です。

登録変更の場合、 現在の登録内容を 記入ください。	お客様番号 記入必須	<input type="text"/>	電話番号 記入必須	<input type="text"/>
	名称 記入必須	<input type="text"/>		

※ご記入いただいた文字数によっては、登録時に一部を省略させていただく場合があります。
 ※医薬品のご注文予定があるお客様は、あらかじめ本紙と一緒に必要書類をお送りいただくことをお勧めいたします。必要書類について▶ネットストア ご利用案内「医薬品のご注文について」

【A】法人登録 医院・ 法人名義での登録	医院名称 記入必須	フリガナ <input type="text"/>		
	代表者 氏名	フリガナ <input type="text"/>	開業日 記入必須	年 月 日
	医院住所 (ご注文お届け先) 記入必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	連絡先 記入必須	TEL <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>	<input type="text"/>

【B】個人登録 ※開業前や勤務医の方 勤務先 医院	ドクター氏名 記入必須	フリガナ <input type="text"/>	開業予定日 開業前の場合必須	年 月 日
	自宅住所 (ご注文お届け先) 記入必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	連絡先 記入必須	TEL <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>	<input type="text"/>

医院名称 記入必須	<input type="text"/>		
医院住所 記入必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
連絡先 記入必須	TEL <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>	<input type="text"/>

※開業前で登録済み、開業前の個人名義でこれから登録されるお客様へ。開業後は医院情報を [A] にご記入いただき、登録情報の変更をお願いいたします。

上記登録住所以外にお届けを希望する ▶ 上記でご記入いただいた医院住所と異なる宛先に、常にご注文をお届けする場合、ご記入ください。

名称 記入必須	<input type="text"/>	住所 記入必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
連絡先 記入必須	TEL <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

お支払い方法 ▶ 常に下記の支払方法をご希望される場合、 に をご記入ください。

<input type="checkbox"/> コンビニ・郵便局払い	● 荷物と同封する払込用紙にて都度お支払いいただく方法です。 ● 商品到着後1カ月以内にお支払いください。
<input type="checkbox"/> 代引き	● 商品お届けの際に、配達ドライバーにお支払いいただく方法です。 ● 30万円以上のお支払いは代引きをご利用いただけません。
<input type="checkbox"/> 口座振替	● 事前のご登録が必要となります。「口座振替依頼書」をご郵送いたしますので、必要事項をご記入のうえ郵送にてご返信ください。手続き完了まで約1~2カ月程度かかる場合がございます。*

※口座振替の手続き完了までのお支払いについては、注文書にて「コンビニ払い」「代引き」から都度お選びください。

初めてカードをご利用または
カードの変更をご希望の場合は、
お電話 (0120-004-503)
 もしくは**ネットストア**にて
 ご注文ください。

(ご利用可能カード)

