

お問い合わせ用紙



日本歯科助手学院
NIHON DENTAL ASSISTANT

ご希望内容	作成 ・ 点検 ・ 総括 ・ 入力 ・ 転写 ・ 医療事務 ・ 求人 ・ その他		
医院様名		担当者様 お名前	
ご連絡先		ご連絡先2	
貴医院 所在地	県・都	市・区	線 駅
方式	手書き	レセコン	メーカー名：
月平均 ※任意	約	枚	約 点
備考			

FAX:042-851-8410

日本歯科助手学院

〒194-0013 東京都町田市原町田6丁目28番地16号 フジビル'88 3階1号室 TEL:042-725-6051

当社は、お客様の個人情報および個人番号（以下「個人情報等」といいます。）の取扱いに関し、個人情報等の保護に関する関係諸法令、主務大臣のガイドライン、認定個人情報保護団体の指針、本基本方針等を遵守いたします。

No. _____