

認定医療施設登録申込書

株式会社再生医療推進機構 宛

記入日	2011 年 月 日
医療機関名	
住所	〒
TEL / FAX	TEL: FAX: (E-mailをお使いにならない場合はFAXでのご連絡がメインとなります)
E-mail	(E-mailでのご連絡がメインとなります。)
(代表者氏名フリガナ)	
代表者氏名	
代表者生年月日	西暦 年 月 日
運営形態	医療法人 個人開業 (カ所)
従業員数	歯科医師(名) 歯科衛生士(名) 他(名)
患者数	月間平均患者数 [約 名] うち自由診療率 [約 %]
標榜科	一般歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科・その他()
月間平均抜歯数	約 本
開始予定時期	20 年 月頃開始予定
認定登録料選択 及び お支払方法	認定登録料 無料 31,500円 63,000円 お支払方法 現金一括払 クレジット払(当社HPより申し込み必須)
当社細胞バンクを何で お知りになりましたか?	・メディア(TV / 雑誌 / 新聞) ・当社ホームページ ・学会等() ・知人からの紹介(紹介者:) ・営業マン() ・その他()
当社HPへの 貴院URL掲載	承諾する 承諾しない 貴院URL:
院長先生のご経歴	年 大学卒業
院長就任年月日	年 当歯科医療施設 院長就任

* (情報守秘義務について)本申込書に記載された情報は、弊社歯髄細胞保管における貴院の認定医療施設登録申し込みに関してのみ使用し、他の目的には一切使用しません。また、ご提供いただいた個人情報については、個人情報保護法に関する法律および弊社の個人情報守秘義務規約に則り、断りなく第三者に開示することはありません。

会社使用欄

/	/	/	/	/

株式会社再生医療推進機構 ACTE Ltd. 〒103-0026 東京都中央区日本橋兜町 11-2-1002

TEL:03-5645-7600 / お申込 FAX:03-5645-7601