

医療機関アワード 申込書

医療機関 治療院名	〒		
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
院長 理事長名	〒		
	役職	氏名	
申込担当者名	役職	氏名	※院長・理事長であれば記入不要
カテゴリー	<input type="checkbox"/> 医科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 治療院
	※チェックしてください。		
標榜科目			
ホームページ	無	有	http://
メールアドレス			

(税別)

お申込みコース チェックしてください	<input type="checkbox"/> 無料コース	エントリー費用：0円
	<input type="checkbox"/> アワードコース	エントリー費用：5,000円 調査システム利用料：80,000円
請求書送付方法	<input type="checkbox"/> メール送付	<input type="checkbox"/> 郵送送付
	※クレジットカード払いはメール送付のみとなります。	
確認事項 チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医療サービス改善・向上に院全体として取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 本人、または知人・スパム業者等に依頼し不正投票することを一切行わない。 <input type="checkbox"/> 不正投票を行った場合、処分されても異議申立てを行わない。 ※上記3項目にすべて同意いただかないとエントリーできません。	
特約事項	※ご契約期間は2016年3月31日までとなります。※ご利用料は前払い制となります。 ※途中解約の場合でもご返金できませんのでご了承ください。 ※アンケート用紙は初回に200枚進呈。追加1枚20円(税別) ※アンケートの1通返信時に入力費用50円、郵送費用100円(税別)がかかります。アンケート回収ボックスをご提供しますので受付等で回収し、まとめてお送りいただければ入力費用50円だけとなります(送料はご負担ください) FAXも同等	

『医療機関アワード』利用規約に同意し上記の通り登録申込致します。

※サインでもかまいません

2015年 月 日 院長・理事長名

印

FBJ担当者	メールアドレス
--------	---------



一般社団法人 日本医療ホスピタリティ協会
『医療機関アワード』実行委員会



医療機関アワード事務代行
株式会社フィードバック・ジャパン
〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿3-29-3
TEL : 050-3776-8747 FAX : 03-5768-1712