

アクアメディカル接骨師会 お問い合わせシート

お電話でのお問合せは → TEL048-944-4123 9時～18時(日・祝除く)

ご入力いただいた個人情報の取扱いについては、当会WEBサイトの個人情報保護方針をご参照ください。

* のついている項目は全て入力必須です。

* ご氏名 例)アクア 太郎	
* お名前(フリガナ)	
* 質問者の立場	<input type="radio"/> オーナー接骨師 <input type="radio"/> オーナー <input type="radio"/> 開設者 <input type="radio"/> 開業予定 <input type="radio"/> その他
院名	
* メールアドレス	
* 住所	
* お電話番号	
FAX番号	
* 入会希望時期	<input type="radio"/> すぐにも <input type="radio"/> 3ヶ月以内 <input type="radio"/> 6ヶ月以内 <input type="radio"/> 具体的に決まっていない
* 運営状況	<input type="radio"/> 新規開業予定 <input type="radio"/> 単院運営中 <input type="radio"/> 複数院運営中 <input type="radio"/> その他
* ご興味をお持ちのプラン	<input type="radio"/> スピードプラン:9日後・7% <input type="radio"/> ベーシックプラン:14日後・6% <input type="radio"/> その他の業務支援
* レセコンの状況について	<input type="radio"/> 利用していない <input type="radio"/> 利用している 会社名
どちらの媒体でお知りになりましたか？ (複数回答可)	<input type="radio"/> 検索エンジン <input type="radio"/> 知り合いからの紹介 <input type="radio"/> その他
詳しい資料をご送付希望の方は チェックを入れてください。	<input type="radio"/> 資料送付を希望する
お問い合わせ内容	
* 連絡可能時間帯	連絡可能曜日 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 火 <input type="radio"/> 水 <input type="radio"/> 木 <input type="radio"/> 金
	ご希望の連絡方法 <input type="radio"/> 電話にて希望 <input type="radio"/> メールにて希望 <input type="radio"/> どちらでもよい
	連絡可能時間帯 例)14時から16時まで
ご確認ください。	* 電話対応は10時より18時までとさせていただきます。
	* 時間外の対応はメールにて行わせていただきます。 メールアドレスを必ずご入力ください。

ご記入、ありがとうございました。下記FAX番号へご送付をお願いいたします。

FAX送付先 : 048-944-4127