

FAX



ペットブリッジ
ホームページ申込書

ペットブリッジ事務局 行
FAX 03-6904-7072

●基本情報のご記入をお願いします。

病院名

ふりがな

[]

例) ペットブリッジ動物病院

院長名

ふりがな

[]

郵便番号

〒 [][][] - [][][][][] 例) 001-0003

住所

都道府県 [] 例) 東京都
市区町村 [] 例) 中央区
住所その他 [] 例) 日本橋小伝馬町17-13
住建物名など [] 例) 第9堀ビル2階

電話番号

[] - [] - [] 例) 03-1234-5678

FAX番号

[] - [] - [] 例) 03-1234-7890

E-mail

あり [] @ [] なし
例) abc@dohbutsuhp.ne.jp

ホームページ制作担当者名

[] 院長が担当される場合は、ご記入不要です。

●申込日

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

院長印	ご担当者印
[]	[]

※本申込書を受け取り次第、ペットブリッジ事務局より、申込確認と素材提供ご依頼の連絡をいたします。

事務局記入受付コード

[][][][][][] - [][][][][]