



アイデックス検査サービス会員入会申込書

お申込書送付先 FAX: 03-5301-6701

※お申込日 年 月 日

アイデックス検査サービスの会員規約に同意し、入会を申し込みます。

フリガナ

※病院名称

※ご住所(郵便番号・都道府県必須): 〒

※TEL:

※FAX:

フリガナ

※ご登録獣医師 お名前

印

※獣医師免許番号 第

号

※検査結果のご報告:ご希望のご報告方法へ☒をお願いします(複数選択可能)。

* E-mail での報告をご希望のお客様は必ず下記にメールアドレスをご記入ください。

【※通常検査・診断】

☐ FAX(無償)

☐ E-mail(無償)

☐ 郵送(有償 80 円/報告)

【※【オプション】健康診断報告書】

☐ FAX(無償)

☐ E-mail(無償)

☐ 郵送(有償 80 円/報告)

E-mail アドレス (検査結果ご報告用):

製品・サービス情報やセミナー、キャンペーン情報等の配信を希望される場合にはボックスをチェックください。 ☐

※検査利用料金及び年会費のお支払方法

☐ 口座振替

毎月 15 日 翌月 12 日引落し

(引落し手数料無料)

(口座振替依頼書をご郵送いたします。手続きが完了するまでの間はお振込みにてお支払願います)

☐ 銀行振込

毎月 15 日 翌月 15 日までにお振り込み

(振込手数料会員様ご負担)

※請求書の発行

「BtoB プラットフォーム請求書」にて電子請求書を発行します。受信用メールアドレスを下記にご記入ください。

E-mail アドレス (請求書受信用):

検査結果ご報告用アドレスと同じ場合はボックスをチェックください。 ☐

診療時間 午前 時 ~ 時 / 午後 時 ~ 時

休 診 日 ☐なし ☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土 ☐日 ☐祝日 ☐他()

獣医師数 名

※は必須項目です。 ※以外はお差支えない範囲でのご記入をお願いいたします。

IDEXX処理欄 (ここには何も記入しないで下さい。)

ID	SF ☒ 確認	LI	SA(契)	CS 処理 パッケージ/ LABOXX or マスター更新 Fin Box/チューブ/サイト/WEB
----	--	----	-------	--