FEED 登録申込書

申込日 □□月□□日

FAX 0120-004-506

「ご利用規約」をご確認のうえ、同意いただける場合□に✓をご記入ください。
同意いただけない場合、当社の販売サービスはご利用いただけません。

☐ **同意する**

ご利用規約はカタログに掲載しています。
ネットストアからもご確認いただけます。

☐ **新規登録** ▶【A】法人登録または【B】個人登録のいずれか該当する方に、ご記入ください。

☐ **登録変更** ▶ 今回**登録変更をご希望の項目のみ**、ご記入ください。※変更がない情報は記入不要です。

登録変更の場合、現在の登録内容を記入ください。	お客様番号 記入必須	□□□—□□□□	電話番号 記入必須	
	名称 記入必須			

※ご記入いただいた文字数によっては、登録時に一部を省略させていただく場合があります。
※医薬品のご注文予定があるお客様は、あらかじめ本紙と一緒に必要書類をお送りいただくことをお勧めいたします。必要書類について▶ネットストア ご利用案内「医薬品のご注文について」

【A】法人登録 医院・法人名義での登録

医院名称 記入必須	フリガナ		
代表者 氏名	フリガナ	役職 (院長、理事長等)	
医院住所 (ご注文お届け先) 記入必須	〒□□□－□□□□		
連絡先 記入必須	TEL	FAX	

【B】個人登録 ドクター個人名義での登録 ※開業前や勤務医の方

ドクター氏名 記入必須	フリガナ	開業予定日 開業前の場合必須	年 月 日
自宅住所 (ご注文お届け先) 記入必須	〒□□□－□□□□		
連絡先 記入必須	TEL	FAX	
勤務先医院 医院名称 記入必須			
勤務先医院 医院住所 記入必須	〒□□□－□□□□		
勤務先医院 連絡先 記入必須	TEL	FAX	

※開業前で登録済み、開業前の個人名義でこれから登録されるお客様へ。開業後は医院情報を【A】にご記入いただき、登録情報の変更をお願いいたします。

☐ **上記登録住所以外にお届けを希望する** ▶ 上記ご記入いただいた医院住所と異なる宛先に、常にご注文をお届けする場合、ご記入ください。

名称 記入必須		住所 記入必須	〒□□□－□□□□
連絡先 記入必須	TEL		

支払方法 ▶ 常に下記の支払方法をご希望される場合、□に✓をご記入ください。支払方法について ▶ ネットストア ご利用案内「支払方法」

☐ **FAX注文でのクレジットカード払い**
事前のご登録が必要となります。「クレジットカード支払い 新規申込書」をご郵送いたしますので、必要事項をご記入のうえ郵送にてご返信ください。手続き完了まで1週間程度かかる場合がございます。※

☐ **口座振替(自動引き落とし)**
事前のご登録が必要となります。「口座振替依頼書」をご郵送いたしますので、必要事項をご記入のうえ郵送にてご返信ください。手続き完了まで約1～2カ月程度かかる場合がございます。※

※手続き完了までのお支払いについては、注文書にて「コンビニ払い」「代引き」から都度お選びください。

☐ **コンビニ・郵便局払い** 荷物に同封する払込用紙にて都度お支払いいただく方法です。商品到着後1カ月以内にお支払いください。

☐ **代引き** 商品お届けの際に、配達ドライバーにお支払いいただく方法です。

フィード株式会社
〒220-6119 横浜市西区みなとみらい2-3-3 クイーンズタワーB 19階

本件に関するお問い合わせ
カスタマ・サービスデスク TEL 0120-004-502
受付時間：月～土曜 9:00～20:00(休業日/日曜・祝日)

用紙番号 D51-15