

【登録申込書記入例】

ご利用規約をご確認のうえ、同意いただける場合 をご記入ください。チェックがない場合、当社の販売サービスはご利用いただけません。

「新規登録」または「登録変更」の をご記入ください。
「登録変更」を希望されるお客様は、お客様番号・ご登録の電話番号・ご登録の名称にもご記入ください。

医院名や法人名義で
ご登録を希望のお客様は、**[A]**の枠内を全てご記入ください。

ドクター個人名義で
ご登録を希望のお客様は、**[B]**の枠内を全てご記入ください。

上記[A][B]以外のお客様は、下記個人様専用の窓口までご連絡ください。
ヴィナス個人様専用窓口
TEL 0120-37-4246
月曜～土曜 8:45～20:00
【休業日】日曜・祝日

上記ご請求先として登録した住所以外に商品をお届けを希望される場合は、お届け先情報をご記入ください。

初回登録時は「コンビニ・郵便局払い」もしくは「代引き」のいずれかをご選択ください。
FAX注文でのクレジットカードや口座振替（自動引き落とし）を希望されるお客様には必要書類をお送りいたします。
いずれも手続き完了後からご利用開始となります。

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 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P1109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。【ご利用ガイド】▶ご利用規約

新規登録 ▶ [A]法人登録または[B]個人登録のいずれが該当する方に、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。

<small>登録変更の場合、現在の個人様番号を記入ください。</small>	<small>お客様番号</small> 記入必須	<small>電話番号</small> 記入必須
	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

※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。※変更後のご注文文字数があるお客様は、あらかじめ当社と一緒に必要書類をお取りいただくことをお勧めいたします。必要書類について▶カタログP1109

[A] 法人登録 <small>法人様への登録</small>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><small>医院名称</small> 記入必須</td> <td style="width: 50%;">フリガナ <input type="text" value="フィード シカクリニック"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="FEED 歯科クリニック"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><small>代表者氏名</small> 記入必須</td> <td>フリガナ <input type="text" value="ゴトウ タロウ"/> 役職 <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="後藤 太郎"/></td> <td><small>(代表、理事長等)</small></td> </tr> <tr> <td><small>医院住所</small> <small>(ご注文お届け先)</small> 記入必須</td> <td><input type="text" value="〒220-6119"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value="神奈川県横浜市西区みなとみらい 2-3-3"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><small>連絡先</small> 記入必須</td> <td>T E L <input type="text" value="045-662-4590"/> F A X <input type="text" value="045-662-4596"/></td> </tr> </table>	<small>医院名称</small> 記入必須	フリガナ <input type="text" value="フィード シカクリニック"/>	<input type="text" value="FEED 歯科クリニック"/>		<small>代表者氏名</small> 記入必須	フリガナ <input type="text" value="ゴトウ タロウ"/> 役職 <input type="text" value=""/>	<input type="text" value="後藤 太郎"/>	<small>(代表、理事長等)</small>	<small>医院住所</small> <small>(ご注文お届け先)</small> 記入必須	<input type="text" value="〒220-6119"/>	<input type="text" value="神奈川県横浜市西区みなとみらい 2-3-3"/>		<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value="045-662-4590"/> F A X <input type="text" value="045-662-4596"/>		
<small>医院名称</small> 記入必須	フリガナ <input type="text" value="フィード シカクリニック"/>																
<input type="text" value="FEED 歯科クリニック"/>																	
<small>代表者氏名</small> 記入必須	フリガナ <input type="text" value="ゴトウ タロウ"/> 役職 <input type="text" value=""/>																
<input type="text" value="後藤 太郎"/>	<small>(代表、理事長等)</small>																
<small>医院住所</small> <small>(ご注文お届け先)</small> 記入必須	<input type="text" value="〒220-6119"/>																
<input type="text" value="神奈川県横浜市西区みなとみらい 2-3-3"/>																	
<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value="045-662-4590"/> F A X <input type="text" value="045-662-4596"/>																
[B] 個人登録 <small>ドクター個人名義での登録</small>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><small>ドクター氏名</small> 記入必須</td> <td style="width: 50%;"><small>開業予定日</small> <small>開業日の場合必須</small></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/></td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td><small>自宅住所</small> <small>(ご注文お届け先)</small> 記入必須</td> <td><input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td><small>連絡先</small> 記入必須</td> <td>T E L <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/></td> <td>F A X <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td><small>勤務先</small> <small>勤務先医院</small> 記入必須</td> <td><input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td><small>連絡先</small> 記入必須</td> <td>T E L <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/></td> <td>F A X <input type="text" value=""/></td> </tr> </table>	<small>ドクター氏名</small> 記入必須	<small>開業予定日</small> <small>開業日の場合必須</small>	<input type="text" value=""/>	年 月 日	<small>自宅住所</small> <small>(ご注文お届け先)</small> 記入必須	<input type="text" value=""/>	<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	F A X <input type="text" value=""/>	<small>勤務先</small> <small>勤務先医院</small> 記入必須	<input type="text" value=""/>	<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	F A X <input type="text" value=""/>
<small>ドクター氏名</small> 記入必須	<small>開業予定日</small> <small>開業日の場合必須</small>																
<input type="text" value=""/>	年 月 日																
<small>自宅住所</small> <small>(ご注文お届け先)</small> 記入必須	<input type="text" value=""/>																
<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value=""/>																
<input type="text" value=""/>	F A X <input type="text" value=""/>																
<small>勤務先</small> <small>勤務先医院</small> 記入必須	<input type="text" value=""/>																
<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value=""/>																
<input type="text" value=""/>	F A X <input type="text" value=""/>																

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は、ご記入ください。

<small>名称</small> 記入必須	<small>住所</small> 記入必須
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<small>連絡先</small> 記入必須	T E L <input type="text" value=""/>
<input type="text" value=""/>	F A X <input type="text" value=""/>

支払方法 ▶ 常に下記の支払方法をご希望される場合、 をご記入ください。支払方法について▶カタログP1099

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送ください。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送ください。手続き完了まで約1～2か月程度かかる場合がございます。

コンビニ・郵便局払い 荷物に同封する払込用紙にて郵便局にお支払いいただく方法です。商品到着後1か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 ワインズタワー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

●ご注意ください

【新規登録のお客様へ】

- 裏面の申込書受領後、当日または翌営業日にご利用登録完了のご案内をFAXでお送りします。ご案内到着後から、当社の販売サービスをご利用いただくことができます。
- 新規登録と同時にご注文いただく場合は、裏面の申込書と一緒に注文書を送信してください。別々に送信された場合、登録確認のためにお電話を差し上げることがあります。

【登録変更のお客様へ】

- 裏面の申込書受領後、当日または翌営業日にご利用登録完了のご案内をFAXでお送りします。ご案内到着後から、変更後の内容で注文を承ります。
- 登録情報の変更はネットストアからお手続きいただけます。ネットストアにログインし、画面上部の「各種お手続き/お問い合わせ」の「アカウントサービス」から手続きしてください。手続きしていただきますと、即時に変更が完了いたしますが、「請求先」につきましては手続き当日、又は翌営業日の変更完了となりますのでご了承ください。

送信先

FAX 0120-004-506

送信間違いにご注意ください