

シンリョウネットショップ会員登録の申込書

必要事項をご記入の上、FAX送信をお願いします

①ダウンロードしてお使いください。

ご記入いただいたご担当者様・メールアドレスにて登録させていただきます。

②弊社にて登録いたします。

すでにお取引いただいているお客様は、お支払い方法等について現在の条件で登録させていただきます。

③登録完了メールが届きます。

お申し込みのメールアドレス宛に送信されます。

④パスワードを変更してください。

ネットショップのログイン画面にて、「パスワードを忘れた方はこちら」ボタンを押し、お好みのパスワードを再設定してください。

必要事項をご記入の上、FAX送信をお願いします。

医療機関様・薬局様名 ふりがな			
		様	
医療機関様・薬局様ご住所	TEL		
	FAX		
	ご担当者様名 (フルネーム)	ふりがな	
		様	
メールアドレス			
@			
<input type="checkbox"/> 開業予定である	年	月	日 予定
ご希望の場合は□に印を付けてください			
<input type="checkbox"/> <u>全系列店舗</u> のネットショップ会員登録を希望する			
<small>※確認の為、ご担当者様へご連絡を差し上げる場合がございます</small>			

お問い合わせはTELでも承っております。

どうぞお気軽にお客様コールセンターまでご連絡ください。



無料FAX

0120-5-11296

株式会社シンリョウ

〒171-0043 東京都豊島区要町3-36-3

TEL:0120-7-11296