

FAX送信先 : 052-837-5258

■ 医院様概要

医院名 (保健所・厚生労働省へ届済み正式名称)	
院長名	
学位 (該当するものにチェックして下さい。)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 医学博士
担当者名 (院長名と同じ場合は記入不要)	
住所 (ビル名まで詳細に御記入下さい。)	〒 ー
電話番号	
FAX番号	
連絡用メールアドレス (弊社からの連絡先)	@
問合せ用メールアドレス (患者様の問合せ先)	@
ホームページアドレス	http://
最寄り駅・アクセス方法	例: JR中央線「お茶の水駅」3番出口から南下、徒歩10分 ※全角30文字以内
宣伝文 (トップページに貴院様紹介の際使用)	 ※全角30文字以内
特典 (治療費.comをみて来院された方への特典・割引)	 無い場合は無記入

【御登録手順】

- (1) 当FAX申し込み用紙 (全2枚) に詳細をご記入の上、052-837-5258へお送り下さい。
- (2) 初期設定費10,000円税抜 (※無料キャンペーン中) のお振込先をメールにてお知らせ致します。期日までにお振込み下さい。
- (3) 弊社より登録内容確認表および会員登録に関する資料を送付いたします。
- (4) 必要書類 (契約書・口座振替依頼書) をご返信下さい。
- (5) 登録完了・掲載開始

FAX送信先 : 052-837-5258



インターネットを利用した
医療関連サービスを提供

Japan Web Court 治療費.com運営

URL: <http://www.chiryohi.com>E-Mail: info@chiryohi.com

ADD: 〒464-0028 名古屋市千種区東明町1-28-7

TEL/FAX: 052-837-5258

■ 治療費等

【注意】・メッセージには、その治療の説明や特徴、実績、アフターケア、保証制度、使っている材料等御自由に御記入下さい。
 ・資格には、その治療に関する資格をお持ちの方は、チェックして下さい。複数選択可能です。
 ・治療費には、検査料を含んだ税抜価格を御記入下さい。

治療費.comは、自由(自費)診療費の比較サイトです。

LASIK		【両眼の検査料、手術費用を含む治療費を御記入下さい。】			
従来型LASIK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医
WAVE-FRONT LASIK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医
INTRA LASIK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医

PRK		【両眼の検査料、手術費用を含む治療費を御記入下さい。】			
PRK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医
FLEX PRK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医

LASEK		【両眼の検査料、手術費用を含む治療費を御記入下さい。】			
LASEK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医

PTK		【両眼の検査料、手術費用を含む治療費を御記入下さい。】			
PTK	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医

オルソケラトロジー		【両眼の検査料、手術費用を含む治療費を御記入下さい。】			
オルソケラトロジー	メッセージ	※全角70文字以内			
	資格	<input type="checkbox"/> 非掲載	<input type="checkbox"/> 指導医	<input type="checkbox"/> 専門医	<input type="checkbox"/> 認定医