



ドクター長崎 掲載内容修正・中止依頼

※ご依頼内容、必要事項をご入力の上 FAX にて送信ください。
 ※入力に誤りがある場合は、ご連絡ができない場合がございます。
 ※FAX 送信後、運営局よりご連絡さしあげます。

申込日

西暦 年 月 日

記入例：2009年10月1日

ご依頼内容

該当する内容に チェックを入れてください。

修正依頼 (修正内容を連絡欄にご記入ください)

掲載中止依頼 (中止理由を連絡欄にご記入ください)

貴院名

(ふりがな)

 名称

連絡先

電話番号

- -

FAX 番号

- -

ご担当者氏名

連絡欄

修正内容、または中止理由をご記入ください。