

## 新規顧客情報登録書式 (ページ 1/2)

当書式は LabPMM 合同会社にて顧客情報の登録を行うために利用させていただきます。  
 ご記入いただきましたら、ご返送くださいますようお願い致します。

必要事項が不足している場合は、LabPMM 合同会社で顧客情報の登録を完了することができませんのでご  
 注意ください。該当しない箇所には「N/A」とご記入ください。当書式をプリントアウト・ご記入後、スキャンして  
 頂き、電子メールへ添付して弊社までご連絡をお願い致します。

※FAX でも受付できますが、文字がつぶれて見づらい場合がございますため、スキャン・メール添付をおすすめしております。

入力完了後、LabPMM 合同会社の下記連絡先へご返送をお願い致します。

 メールアドレス  
 services@labpmm.co.jp

もしくは

 FAX  
 03-6745-9346

請求先情報		(必須項目)
フリガナ		
会社／施設*		
部署／診療科*		
郵便番号*	〒	—
都道府県*		
フリガナ		
区市町村*		
フリガナ		
それ以降の住所*		
フリガナ		
担当者名*	姓:	名:
電話番号*	—	—
FAX 番号*	—	—
メールアドレス	@	
お支払い方法* 当てはまるもの全て	<input type="checkbox"/> 請求書払い(銀行振込) <input type="checkbox"/> 月末締め翌月払い <input type="checkbox"/> NET(   ) <input type="checkbox"/> その他(   )	

## 新規顧客情報登録書式 (ページ 2/2)

<b>検体情報連絡先</b>		検体情報についてお問い合わせ可能なご担当者様のご連絡先をご記入ください。医療機関様からご依頼の場合は、本検査に關与します検査室の情報をご提供頂くことを推奨致します。個人からご依頼の場合は、特にご指定がない場合、ご依頼主にご連絡致します。	
<b>(必須項目)</b>			
フリガナ			
会社／施設*			
部署／診療科*			
郵便番号*	〒	—	
都道府県*			
フリガナ			
区市町村*			
フリガナ			
住所の続き*			
フリガナ			
報告書担当者名*	姓:	名:	
報告書担当者電話番号*	— —		
報告書担当者FAX番号*	— —		
報告書担当者メールアドレス	@		
上記に關しまして追加情報、または要求事項等ございましたらご記入ください			
私は上記の会社／施設に認可された担当者として、必要な情報を全て正確に提供しています (必須項目)			
名前*			
役職*			
署名*		日付*	