

FAX 03-4243-2686



加盟店申込書

この度は、電子おくすり手帳“ホッペ”へお申込みいただきましてありがとうございます。
下記の内容を全てご記入の上、FAXでお送りください。

フリガナ			
薬局名 (店舗名)			
フリガナ			
開設者名			
メールアドレス (店舗代表)	@ <small>このメールアドレスは、処方箋送信サービスで届くメールアドレスになります。フリーメールでもOKです(yahooやgmailなど)</small>		
薬局住所	〒	都道府県	市区
薬局連絡先	TEL	— —	FAX — —
フリガナ		薬剤師数	紹介者
店舗 責任者名		人	

お先に 処方せん	<input type="checkbox"/> 使用する	<input type="checkbox"/> 使用しない	どちらかに○をつけてください

本申込書は、薬局店舗ごとで一枚必要になります。
メールアドレスも、各薬局店舗ごとで違うアドレスでお申込ください。