

●ボールペンまたはサインペンではっきりとご記入ください。

# ご登録内容変更用紙

ご記入日 年 月 日  枚目 /  枚中 ※本用紙とあわせて商品のご注文用紙を送信される場合  をつけてください。

必要事項をご記入のうえ、サービスセンター宛にFAXにて送信してください。

お客様番号	
貴施設名・貴社名	
購買担当者	
電話番号	
FAX 番号	

## ご変更内容記入欄 ご変更の項目のみご記入願います。(ワク内に○、もしくは☑をご記入ください。)

- 【ご注意事項】 ①病院名の変更、移転による住所変更、開設者名の変更時は開設届のコピーの添付をお願いいたします。  
②免許保持者の方の変更時は医師免許証のコピーの添付をお願いいたします。

変更開始日	年 月 日	※ご記入がない場合は、受付日とさせていただきます。 (受付時間によっては翌営業日の変更処理になる場合があります。)
-------	-------	--

<input type="checkbox"/> 名称変更	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 移転	フリガナ 〒	都道府県	区市郡
<input type="checkbox"/> 区画整理 (市町村合併)	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 開設者名の変更	フリガナ 取扱商品の性質上、確認させていただきます。ご協力ください。		

### ●免許保持者の方のご変更の場合、医師免許証のコピーを必ず添付してください。

<input type="checkbox"/> 院長	登録番号	フリガナ お名前	取扱商品の性質上、確認させていただきます。ご協力ください。
-----------------------------	------	-------------	-------------------------------

### ●電話番号、FAX番号の変更

<input type="checkbox"/> 電話番号	<input type="checkbox"/> FAX 番号
-------------------------------	---------------------------------

### ●Eメールアドレスの変更

<input type="checkbox"/> Eメール	
-------------------------------	--

### ●お支払いに関する変更

<input type="checkbox"/> お支払い方法	現在のお支払い方法	⇒	変更後のお支払い方法
	自動振替      お振込み		自動振替      お振込み

※ご請求先名の変更等がございましたら、シグニ 経理部 (0800-111-9876) までご連絡いただきますようお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 口座変更	※手続きの書類を後日郵送いたします。 ※変更手続きが完了する迄、現口座からの引き落としとなります。	その他 (休日等の変更がございましたらご記入ください)
-------------------------------	--	-----------------------------

◎確認のため、ご連絡をさせていただく場合がございます。何卒、ご了承ください。

### 弊社記入欄 (お客様の記入は不要です。)

受付	APOC	SF	コレクション

矢印の方向に送信してください。

ご登録内容変更用紙

この用紙はコピーしてご使用ください。 FAX  0800-222-6466