

# FAX

(24時間受付)

## スマイルタッチ デンタル 無料お試し申込書

# 050-3488-0846

必要事項をご記入の上、番号をお間違えのないようファックスにて送信してください。

### 株式会社必然 行

「スマイルタッチ デンタルレンタルサービス利用契約約款（利用規約）」の内容を承諾して下記の通り無料お試しに申込みます。

#### 【無料お試しお申込みについて】

- 申込み日の翌月末日までが無料お試し期間となります。無料お試し終了日の約2週間前に継続利用（有料）について、弊社又は代理店様より確認のご連絡をさせていただきます。
- お申込み手続き完了後、**カスタマーサービス**よりお申込者様又は代理店様宛に製品出荷のご案内をいたします。

#### 【お申込みの際のご注意】

- 本書にて『スマイルタッチ デンタル』の無料お試しへのお申込みとなりますので、記入漏れや誤りがないようにご注意ください。
- 本体及びアームの設置・取り外しは、商品同梱の取扱説明書に従って正しく行ってください。
- 利用規約は、ホームページ (<http://smile-touch.jp>) にて必ずご確認ください。

申込内容	本体+アームセット	セット	本体のみ	台
------	-----------	-----	------	---

申込日		年 月 日		※施設担当者様の押印は必須です。			
施設名	施設名称	フリガナ					
	住所	〒 都 道 市 区 府 県 郡 ※ビル・マンション名・フロア・部屋番号までご記入ください。					
	担当者	フリガナ (姓)	フリガナ (名)	押印 印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	所属	職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	連絡先	TEL	( )	FAX	( )		
		E-mail	@				
電話以外の連絡方法		<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> その他 ( )					

※取扱窓口会社について必ずどちらかをご選択ください。（歯科ディーラー等、窓口会社をご指定頂くことができます）

※取扱窓口会社：製品の納品や請求書の発行等を行う会社になります。

<input type="checkbox"/> 指定あり ※場合によってはご希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。	会社名	支店・営業所名
<input type="checkbox"/> 指定なし	※株式会社必然が窓口会社となります。 ※本体・アームの取付・取外しはお申込者様にて行っていただきます。	

アンケートにご協力ください。

製品をお知りになったきっかけは何ですか？	<input type="checkbox"/> 日経新聞 <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> 学会/イベント	お客様はどのくらい来院されますか？	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%~50%未満
	<input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 紹介 その他 ( )		<input type="checkbox"/> 50%~75%未満	<input type="checkbox"/> 75%以上

備考	
----	--

本書で取得した個人情報、『スマイルタッチ デンタル』の利用に関する業務のみに使用いたします。

お問合せ先 株式会社必然

TEL : 03-6914-3713 【受付時間 10:00~18:00 (土日祝・年末年始を除く)】

【専用E-mail】 [support@hitsuzen.co.jp](mailto:support@hitsuzen.co.jp)