

入院時プログラム利用申込書 兼 一般社団法人miraii会員登録書

グレーの部分にご入力ください。黄色の部分はご選択ください。

緑色の部分は、あてはまるほうにご記入をお願いします。

また、ご入力後はPDFとしてmiraii@miraii.orgまで、メールにてお送りください。

フリガナ			
病院名			
フリガナ			
院長名			
フリガナ			
住所	〒 郵便番号はこちらへ		
		都	区
電話番号			
フリガナ	フリガナ		
担当者名	担当部署		
メールアドレス			
担当者連絡先			

小児科病棟・病床	あり
小児科病床数	床
前年度18歳以下入院者数	人

どちらかに入力してください

利用者数が年度始めに、ご申告いただいた人数を下回った場合、年度終了後ご返金いたします。ご返金のためのお振込み先をご記載ください。

	銀行	支店名	
口座種目		口座番号	
フリガナ			
口座名義			