

# 参加登録と協賛のお願い

拝啓 時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

Re:TOOTHでは運営のための、ご協賛をお願いしております。  
参加登録を希望される皆様には、宜しくご協力を賜りたく存じます。

協賛金は一口30,000円でございます。  
本趣旨に対し何分のご配慮を賜り宜しくご協賛いただければ幸いと存じます。

本趣旨にご賛同いただけます場合は、下記の項目にご記入の上、  
Re:TOOTH運営事務局にお送りください。後日、手続き用の書類を送付させていただきます。

郵送の方

〒108-0073 東京都港区三田5-18-12-4F 一般社団法人KIFU  
Re:TOOTH運営事務局

FAXの方

03-5422-8687

E-mailの方

info@retooth.org よろしくお願ひ申し上げます。

※このご協賛をもって、貴院のRe:TOOTH参加登録手続きが完了します。  
※手続きが完了したのち、Re:TOOTHキットを送付させていただきます。

フリガナ 医院名			
住所	〒		
電話		FAX	
フリガナ お名前	⑧	E-mail	
診察 時間	記入例：平日午前10時～13時・午後14時～18時		
診察 科目	標榜・診療科目にチェックをつけてください <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 小児歯科		

## Re:TOOTHのウェブサイト上で貴院の紹介をご希望されますか？

<input type="checkbox"/> はい、希望します	ホームページ	
-----------------------------------	--------	--

※ご記入いただいた情報はRe:TOOTH運営のみに使用し、その他の用途に使用することはありません。