

事業所登録シート

記入日 年月日

事業所情報	フリガナ(例:カ)フィジックス)																			
	事業所名	<input type="text"/>																		
	郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>						<input type="text"/>												
	フリガナ																			
	事業所在地	<input type="text"/>																		
	最寄駅	<input type="text"/>														駅・バス停	<input type="text"/>	から徒歩	<input type="text"/>	分
	電話番号	<input type="text"/>												担当者名	カタカナで記載下さい					
事業所番号	<input type="text"/>																			
メールアドレス		<input type="text"/>																		

業務内容	作業内容詳細	<input type="text"/>																	
	多い姿勢	立位姿勢 <input type="checkbox"/> 座位姿勢 <input type="checkbox"/> 中腰姿勢 <input type="checkbox"/> その他不良姿勢 (<input type="text"/>)																	
	持病歴	自律神経失調 <input type="checkbox"/> 頸椎症 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> コリ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 下肢の痛み <input type="checkbox"/>																	

契約内容	ご契約月数	1ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 12ヶ月 <input type="checkbox"/> 24ヶ月 <input type="checkbox"/>						ご契約開始希望日											
	ご契約件数 <small>※1日1回の施術の件数</small>	<input type="text"/> 件		ご利用予定数	<input type="text"/> 名		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日												
	ご支払方法	銀行口座での自動引き落とし <input type="checkbox"/> クレジットカード払い <input type="checkbox"/> 銀行振込支払い <input type="checkbox"/>																	
	請求先	同上 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ※その他の場合は登録シートをもう一枚印字し事業所情報のみ記載ください。																	

※こちらの書類と従業員登録シートを記載して頂き、郵送していただいた後に契約書と同意書をご送付させていただきます。契約書・同意書をご返送頂いてから、5営業日以内にカードを発行・送付致します。尚、登録シートのご送付で契約完了する訳ではございませんので、予めご了承ください。

事業所登録シート (記入例)

記入日 01年05月01日

フリガナ (例:カ) フィジックス) カ) フィジックス	
事業所名	株式会社フィジックス
郵便番号	151-0072
フリガナ トウキョウトシブヤクハタガヤ	
事業所在地	東京都渋谷区幡ヶ谷2-9-17
最寄駅	幡ヶ谷駅 <input checked="" type="checkbox"/> 駅からバス停 <input type="checkbox"/> から徒歩 <input type="checkbox"/> 2分
電話番号	03-6276-3861 担当者名 ミヨシ
事業所番号	0000-000000-1
メールアドレス	info@phyjix.net

業務内容	作業内容詳細	長時間の施術業務 (整体や鍼灸など) 長時間のカルテ作成によるデスク業務
	多い姿勢	<input checked="" type="checkbox"/> 立位姿勢 <input checked="" type="checkbox"/> 座位姿勢 <input checked="" type="checkbox"/> 中腰姿勢 <input type="checkbox"/> その他不良姿勢 (人を抱えたりすることもある)
	持病歴	<input type="checkbox"/> 自律神経失調 <input checked="" type="checkbox"/> 頸椎症 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input checked="" type="checkbox"/> コリ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 下肢の痛み

契約内容	ご契約月数	1ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 12ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 24ヶ月 <input type="checkbox"/>	ご契約開始希望日
	ご契約件数 <small>※1日1回の施術の件数</small>	2件	ご利用予定数
	ご支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行口座での自動引き落とし <input type="checkbox"/> クレジットカード払い <input type="checkbox"/> 銀行振込支払い	01年06月01日
	請求先	同上 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ※その他の場合は登録シートをもう一枚印字し事業所情報のみご記載ください。	
<p>※こちらの書類と従業員登録シートを記載して頂き、郵送していただいた後に契約書と同意書をご送付させていただきます。契約書・同意書をご返送頂いてから、5営業日以内にカードを発行・送付致します。尚、登録シートのご送付で契約完了する訳ではございませんので、予めご了承ください。</p>			

従業員様登録シート

記入日 年 月 日

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm

フリガナ														
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	M・S・H・R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	性別	男性・女性							

カラーコピー
で
構いません
3cm×3cm