



FAX : 03-6384-2392 / Eメール : info@metagenics.co.jp



お申込日

年 月 日

取り扱い医療機関掲載申込書（メタジェニクス株式会社）

連絡先情報（こちらは掲載されません）

氏名			
Eメール			
弊社販売提携会社MSSへのご登録	()	あり	

掲載情報（入力いただいた内容がそのまま掲載されます）

医療機関名			
診療科			
住所			
電話番号		オンライン診療	() あり
専門分野	() サプリメント療法 / () 栄養療法 / () 点滴療法 / () その他 ※あてはまるものにすべて○かチェックを入れてください。		

ご注意事項

- ・掲載条件：メタジェニクス株式会社の製品を購入または購入申込されている医療機関様のみお申込みいただけます。
- ・お申込みの際しましては、以下のメタジェニクス株式会社プライバシーポリシーにご同意の上、お申込みください。

https://www.metagenics.co.jp/policies#privacy_policy

お問合せ メタジェニクスカスタマーサービス：info@metagenics.co.jp