

点滴療法研究会 マスターズ・クラブ入会申込書

Japanese College of IV Therapy

申込日 年 月 日

ふりがな		氏 名	
氏 名		(ローマ字)	
医 師 種 別	<input type="checkbox"/> 医師 (専門分野) <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師		
免許登録番号	第 号 (年 月)		
称 号	<input type="checkbox"/> M. D. (医師) <input type="checkbox"/> M. D., Ph. D. (医学博士) <input type="checkbox"/> D. D. S. (歯科医師) <input type="checkbox"/> D. D. S., Ph. D. (歯科医学博士) <input type="checkbox"/> D. V. M (獣医師) <input type="checkbox"/> D. V. M., Ph. D (獣医学博士)		

勤務先	ふりがな			
	名 称			
	住 所	〒 -		
	T E L		F A X	
	ホームページ	http://www.		
ご自宅	住 所	〒 -		
	T E L		F A X	

メールアドレス	連絡用 (メルマガ受信)	重要なお知らせをメールで配信しているため、必ずご記入ください。
	クリニック お問い合わせ	患者様検索サイトで検索された患者様からの問い合わせ用アドレスです。

確認欄	希望連絡先 (送付先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※特別な理由がない限り勤務先をご選択ください。		
	推薦人氏名	柳澤 厚生 (点滴療法研究会 会長) マスターズクラブ会員 (会員名:)		
	入 会 金 お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード (後日、入会決定通知および請求書を送付させていただきます)		
	クリニック検索への 掲 載 希 望	<input type="checkbox"/> SEARCH CLINIC に掲載 (患者様検索サイト) <input type="checkbox"/> FIND A DOCTOR に掲載 (会員相互の患者紹介サイト) ※SEARCH CLINIC への掲載は、ベーシック I の受講が必要です。		
	ベーシック I 個別指導 受講履歴	<input type="checkbox"/> あり (一般サイト掲載必須条件) 受講日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし	その他の 当会セミナー 受講履歴	※セミナー名を記入ください

事務局記入欄	ID	Pass
--------	----	------

点滴療法研究会 クリニック検索サイト

情報記入用紙

点滴療法研究会では、ご入会いただいた先生のクリニックを、当会ウェブサイトにて掲載・ご紹介しております。
 (掲載には「ベーシックセミナー」の受講が必須です。)
 掲載に必要な①～⑦の情報をご記入ください。

①アクセス (最大文字数 20 文字)	
②診療科目	1. 2. ※1 科目につき最大文字数 10 文字/2 科目まで
③実施している 点滴療法 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 高濃度ビタミンC点滴療法(がん治療) <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミンC点滴療法(アンチエイジング) <input type="checkbox"/> マイヤーズカクテル(ビタミン・ミネラル点滴) <input type="checkbox"/> アルファリボ酸点滴療法 <input type="checkbox"/> グルタチオン点滴療法 <input type="checkbox"/> プラセンタ療法 <input type="checkbox"/> キレーション療法(Ca-EDTA) <input type="checkbox"/> キレーション療法(Na-EDTA) <input type="checkbox"/> 血液オゾン療法 <input type="checkbox"/> 幹細胞培養上清療法 <input type="checkbox"/> オーソモレキュラー栄養療法 (注)この欄に✓された療法が、検索サイトへ掲載・検索可能となります。 ※変更・追加される場合はマイページより編集または事務局までご連絡ください。
④特徴	<input type="checkbox"/> バリアフリー対応 <input type="checkbox"/> 駐車場あり <input type="checkbox"/> 土曜診療 <input type="checkbox"/> 日曜診療
⑤医師からの一言 (100 文字程度)	

⑥診療時間	月	火	水	木	金	土	日
午前 ~							
午後 ~							
特記事項 (20 文字程度)							


⑦掲載写真 / 1 枚	サイズ:幅 640px 以上、縦 425px 以上 / 解像度:425px 以上 ※デジタルカメラ、携帯電話で撮影したもので問題ありません。 メール: info@iv-therapy.jp 又は 下記にリンク先をご記入ください。 リンク先:
-------------	---

記入がない箇所は掲載されません

<掲載イメージ>

スピッククリニック

電話をかける



住所 鎌倉市小町2-12-30 B Mビル3 F
 TEL 0467-22-3000

① アクセス 鎌倉駅東口より徒歩7分
 ② 診療科目 ペインクリニック内科 内科 など

⑤ 医師からの一言
 医師柳 厚生が開設した点滴療法を主体のクリニックです。ゆったりとした空間の中で最先端の統合治療を受けられます。

⑥ 診療時間

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
09:30~18:00	○	○	○	○	○	×	×
	×	×	×	×	×	×	×

ポードメンバー
キレーション療法
IVC療法
オゾン療法

④ 特徴 バリアフリー対応 土曜診療

③ 点滴療法

高濃度ビタミンC点滴療法(がん治療) アルファリボ酸点滴療法 グルタチオン点滴療法 血液オゾン療法	高濃度ビタミンC点滴療法(アンチエイジング) マイヤーズカクテル(ビタミン・ミネラル点滴) キレーション療法(Na-EDTA)
--	---