

Registration Form

Category :	<input type="text"/>
Sub Category :	<input type="text"/>
Business Name :	<input type="text"/>
Telephone Number :	<input type="text"/>
Fax Number :	<input type="text"/>
Address:	<input type="text"/>
City :	<input type="text"/>
State :	<input type="text"/>
Zip :	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr.
Name :	<input type="text"/>
Title :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>
Create Password :	<input type="text"/>
Verify Password :	<input type="text"/>
Company Web Site :	<input type="text"/>