

# 在宅アセスメントシステム サービス利用申込書

申込日： 年 月 日

## ■ 契約者情報

(フリガナ) 法人名		(フリガナ) 代表者名	
所在地	〒 都道 府県		
電話番号	( ) -	FAX番号	( ) -

## ■ 事業所（ステーション）情報

医療機関等 コード		介護保険 事業所番号	
(フリガナ) 施設名		(フリガナ) 施設管理者	印
所在地	〒 都道 府県		
電話番号	( ) -	FAX番号	( ) -

## ■ 契約書・請求書送付先

<input type="checkbox"/> 契約者と同じ <input type="checkbox"/> 事業所と同じ <input type="checkbox"/> その他（以下ご記入下さい）			
(フリガナ) 法人名/施設名			
請求書 送付先住所	〒 都道 府県		
部署名		担当者名	

## ■ 支払情報 ※自動引落でのお支払いをお願いしております。どうしても振込を希望される場合のみ振込をチェックして下さい。

支払方法	<input type="checkbox"/> 自動引落（月末締め翌月27日引落）	<input type="checkbox"/> 振込（月末締め翌月末支払）
------	--	--

## ■ ライセンス申込内容 ※利用開始希望月は、お申込の翌々月以降をご指定下さい。

ライセンス数	( ) ライセンス	利用開始 希望月	年 月
--------	-----------	-------------	-----

## ■ 施設管理者アカウント ※他のユーザーアカウントの発行・管理を行う為、2名程度ご登録いただくことをお勧めいたします。

管理者1	氏名		アカウント ※半角英数字	
	E-Mail		@	
管理者2	氏名		アカウント ※半角英数字	
	E-Mail		@	