

# 申込書

日本医師会 ORCA 管理機構株式会社 御中

下記内容にて、「診療所科別 I C T化のすすめ」に申し込みます。

お申し込み日(2017)年( )月( )日

①会社名			
②住所	〒	印	
③TEL	( )	④FAX	( )
⑤担当者	部署・役職： 氏名： E-mail：		
※請求書へ印字するタイプを下記より選択して、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> ①会社名のみ <input type="checkbox"/> ①会社名と⑤部署名まで <input type="checkbox"/> ①会社名と⑤部署名・担当者名まで			
⑥内容	診療所科別 I C T化のすすめ ※ご希望の広告枠にチェックをお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 中面広告 1P 200,000円(税別) 限定10社様 <input type="checkbox"/> 導入事例広告 2P:見開き 400,000円(税別) 限定5社様 ※取材費、カメラ撮影、インタビュー記事作成費用込 ※カメラスタッフ・インタビュー어의交通費別  合計 円(税別)		
⑦請求書 記載日付	<input type="checkbox"/> 2017 年 月 日		
⑧請求書到着 希望日	<input type="checkbox"/> 2017 年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望なし		
⑨支払予定日	2017 年 月 日		

金額は全て税別価格となります。別途、請求時消費税額を加算した金額をご請求いたします。

お振込み手数料については、お申込み者のご負担でお願いします。

銀行振り込みの場合は、銀行振り込み明細書をもって領収書の発行に代えるものとします。

①の印には、「会社印」または「事業部印」をご捺印ください。

②の住所へ請求書等を発送いたします。

⑧のご希望日については、お応えできない場合もあります。

申込書提出にあたっては、一部複写のうえ御社にて保管し、原紙を郵送いただくかご持参下さい。

上記事項に変更があった場合はその都度、文書にて連絡してください。

【申込書送付先】 日本医師会 ORCA 管理機構株式会社 担当:福田・鈴木  
〒113-0021 東京都文京区本駒込6-1-21 コロナ社第3ビル6F

TEL:03(5981)9681 FAX:03(5981)9682 mail: catalog@pm.orcamo.co.jp

※必要事項のご記入、社判捺印の上、FAX後、郵送にて原本をお送り下さい。