

# キュアケアネットサービス申込書

株式会社キュアケア 御中

サービス利用約款および、サービス利用約款に示す料金表または見積書に同意し下記の通り申し込みますか。 はい  ・いいえ

はい にチェックし同意いただいた方は、下記申し込み事項を記入してください。

①お申し込み日	年	月	日		案件番号 [		]
②お申込者名	〒	-					
	ご住所						
	法人名						
	事業所名						
	代表者名						
	部署名						
ご契約担当者	お名前			電話番号	-	-	
	E-Mail			FAX番号	-	-	
③請求書送付先	<input type="checkbox"/> お申込者と同じ						
	〒	-					
	ご住所						
	法人名			電話番号	-	-	
	事業所名			FAX番号	-	-	
	部署名						
お名前							
④キュアケアネットサービス内容							
1	基本サービス（システムにログインするユーザアカウント数） <input type="checkbox"/> 10ユーザ以下 <input type="checkbox"/> 30ユーザ以下 <input type="checkbox"/> 50ユーザ以下 <input type="checkbox"/> 100ユーザ以下 <input type="checkbox"/> ユーザ数（      ）						
2	初期登録サービス（患者・利用者情報の登録） <input type="checkbox"/> 50名以下 <input type="checkbox"/> 100名以下 <input type="checkbox"/> 150名以下 <input type="checkbox"/> 200名以下 <input type="checkbox"/> 患者・利用者数（      ）						
3	VPN設定サービス <input type="checkbox"/> 拠点数（      ） <input type="checkbox"/> 携帯端末（      ）台 <input type="checkbox"/> パソコン等（      ）台						
4	その他サービス <input type="checkbox"/> ネットワーク調査 <input type="checkbox"/> その他（      ）						
⑤特記事項							

※ お申し込みにあたっては、上記の太枠のみご記入ください。

※ お申し込みにあたっては、別途、サービス利用約款、個人情報保護に関する覚書の取り交しが必要です。

弊社記入欄

サービスID	デプロイディレクトリ								
	受付日	サービスイン予定日	初期登録資料受付	初期登録完了	サービスイン	中途確認	解約	破棄/返却確認	書類保管
	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	担当		担当	担当	担当	担当	担当	担当	担当
	確認		確認	確認	確認	確認	確認	確認	確認