

「今日の治療薬WEB」申込書

見積依頼 トライアル申込 本契約申込

施設情報

機関名		
郵便番号	〒	
住所		
ご担当者の氏名	姓：	名：
フリガナ	セイ：	メイ：
所属部署		
電話番号		
メールアドレス		

契約情報

病床数	
利用施設名 <small>教育機関を有する病院で、教育機関でも当商品を利用される場合は、教育機関名もご記入ください。</small>	
コンソーシアム所属の有無	
トライアル利用開始日	年 月 日 ~ 翌々月末
利用期間 (ご契約される場合)	年 月 ~ 1年間
認証方式	<input type="checkbox"/> ID/PWのみ <input type="checkbox"/> IPアドレス併用
登録IPアドレス	例) 192.168.1.1
見積書日付	年 月 日

備考	
----	--

代理店



丸善雄松堂株式会社

学術情報ソリューション事業部

営業部名：

担当：

Tel:

株式会社南江堂