

JAAME 情報利用申込書

公益財団法人医療機器センター
理事長 殿

JAAME 情報利用約定書に同意し、JAAME 情報提供の利用を申込みいたします。 同意します

申込日：

会社等名			
会社等住所	〒		
所属	(フリガナ) 担当者名	印	
TEL	FAX		
E-mail アドレス			
申し込まれる情報提供の右欄に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。 なお、複数口お申し込みの際は事業所毎に利用申込書をご記入の上、同時にご送付下さい。			
1. JAAME Search (インターネット)			<input type="checkbox"/>
2. JAAME 通信 (E-mail)	上記に記載頂きました E-mail アドレスに送付いたします		<input type="checkbox"/>
3. 組合せ利用	JAAME Search+JAAME 通信		<input type="checkbox"/>
請求書の送付先が上記担当者と異なる場合の送付先 TEL： 〒			
利用開始希望月(*)	月	* 申込書受領後請求書を送付致しますので、約定書第 4 条に基づき利用開始希望月の前月末日までにお振り込みをお願い致します。	
業種	該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。 ・形態： <input type="checkbox"/> 営利法人 <input type="checkbox"/> 公益法人 <input type="checkbox"/> 中間法人 <input type="checkbox"/> その他 () ・医療機器関係企業： <input type="checkbox"/> 製造販売 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> コンサルティング <input type="checkbox"/> 登録・認証機関 <input type="checkbox"/> その他 () ・その他の業種 ()		