

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)	E-mail アドレス (上記と違う場合)	<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 ()		