

利用申込書

日本テクトシステムズ株式会社 御中

認知症診断支援システム利用規約を承諾し、以下の利用を申込みいたします。

従量制プラン

データ管理オプション

検査キット

※ HDS-Rの実施支援は無料でご利用いただけます。 ※HDS-R及びBEHAVE-ADのデータ管理オプションをご利用の場合

登録基本情報

申込日： 年 月 日

契約者情報	施設名	〒	印
	氏名		
	住所		
事務手続き連絡先	所属: 氏名:	<input type="checkbox"/> 上記と同じ場合にはチェック	
	電話:		
	FAX		
	E-mail		

代理店記入欄

<代理店名>	株式会社グロービア
お得意様コード	-
支店名 氏名	〒104-0033 東京都中央区新川2-9-6 シュテルン中央ビル7階
電話番号	03-6228-3376
担当	野崎(ノザキ)・上市(カミイチ)

①本申込書受領後、上記の代理店記入欄にご記入上、下記にFAX(03-6452-9894)送付をお願いします。

②申込書原本については、日本テクトシステムズ(株)までご送付をお願いします。

FAX 03-6452-9894

日本テクトシステムズ株式会社
〒105-0012
東京都港区芝大門1-10-18 PMO芝大門8F
TEL : 03-6452-9893 (代)