

株式会社 アイ・ピー・エム 行 (FAX番号:092-554-5342)

〒815-0033

福岡市南区大橋2丁目5番1号 センターウイング大橋2階  
電話番号:092-554-5341

お申し込みいただき、ありがとうございます。  
以下の枠線内をご記入の上、FAXにてお申し込みください。  
お申し込み後、弊社よりご連絡差し上げます。

## システム利用申込書

申し込み日	年 月 日
-------	-------

対象システム	<input type="checkbox"/> メディカルグローアップ <input type="checkbox"/> 職員満足度調査システム <input type="checkbox"/> キャロット <input type="checkbox"/> インシデント・アクシデント報告システム
--------	--

(フリガナ) 法人名	.....			⑩
(フリガナ) ご住所	〒 .....			
(フリガナ) ご担当部署名	.....			
(フリガナ) ご担当者様氏名	.....			
電話番号		FAX番号		
メールアドレス				

何かございましたらご記入ください

● 個人情報取り扱いについて

本申込書にていただいた個人情報は、目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。

株式会社 アイ・ピー・エム 行 (FAX番号:092-554-5342)

〒815-0033

福岡市南区大橋2丁目5番1号 センターウイング大橋2階  
電話番号:092-554-5341

お申し込みいただき、ありがとうございます。  
以下の枠線内をご記入の上、FAXにてお申し込みください。  
お申し込み後、弊社よりご連絡差し上げます。

**記入例**

## システム利用申込書

申し込み日	2013 年 4 月 1 日		
対象システム	<input checked="" type="checkbox"/> メディカルグローアップ <input type="checkbox"/> 職員満足度調査システム <input type="checkbox"/> キャロット <input type="checkbox"/> インシデント・アクシデント報告システム		
(フリガナ) 法人名	カブシキガイシャ アイ・ピー・エム 株式会社 アイ・ピー・エム		会社 印
(フリガナ) ご住所	フクオカケンフクオカシミナミクオオハシ 〒815-0033 福岡県福岡市南区大橋2丁目5番1 センターウイング大橋2F		
(フリガナ) ご担当部署名	ソウムブ 総務部		
(フリガナ) ご担当者様氏名	オオハシ タロウ 大橋 太郎		
電話番号	092-554-5341	FAX番号	092-554-5342
メールアドレス	XXXXXXXX@sample.co.jp		

何かございましたらご記入ください

● 個人情報取り扱いについて

本申込書にていただいた個人情報は、目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。