

メディカタログ® 出展申込書 (変更・退会申込書)兼同意書

ウェブサイト「メディカタログ®」への出展に関して、メディカタログ®出展利用規約に同意し、下記のとおり申し込みます。

申込日	年 月 日
申込内容	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 口数変更 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> その他()

① 出展企業情報

会社名 代表者名 会社所在地	〒 _____	印 <small>「会社印」または「事業部印」をご捺印ください</small>	
窓口担当者	(部署・役職)	(氏名)	
TEL	()	FAX	()
担当者 E-mail			

② 出展内容・支払方法

お申込み内容	<input type="checkbox"/> 新規申込 (初期費用) 30,000 円(税別) ※初年度のみ (利用料金) 120,000 円(税別) / 口数 (1月から同年12月の1年間) ・ 一口あたり、10商品まで掲載が可能です。 ・ 初年度の利用料金は、出展開始月から同年12月末迄の月割計算となります。 ・ 次年度以降は特にお申し入れの無い限りは、1年間の自動契約更新となります。		
	<input type="checkbox"/> 口数変更 (変更後口数:) 120,000 円(税別) / 口数あたり (1年間) <input type="checkbox"/> 退会 ※残期間分の返金は致しません		
支払方法	銀行振込 (本申込を確認後、請求書を発行いたします)		
開始希望月	<input type="checkbox"/> 2018年 _____ 月 (支払完了翌月からの開始となります)		

③ 請求書宛先

※宛先が①と同じであれば記入不要です。請求書への要望等は、備考欄にご記入ください。(会社名のみ印字など)

<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 住所
<input type="checkbox"/> 担当者(部署/氏名)	<input type="checkbox"/> 連絡先
<input type="checkbox"/> 備考欄()	

- ・お振込み手数料については、お申込み者のご負担をお願いします。
- ・銀行振り込みの場合は、銀行振り込み明細書をもって領収書の発行に代えるものとします。
- ・申込書提出にあたっては、一部を複写のうえ貴社にて保管し、FAX送信後は必ず原紙をご郵送ください。
- ・上記事項に変更があった場合はその都度、文書にて連絡してください。

*弊社使用欄
 管理シート

【申込書送付先】 日本医師会 ORCA 管理機構株式会社 営業企画部 TEL:03-5981-9681 FAX:03-5981-9682
〒113-0021 東京都文京区本駒込 6-1-21 コロナ社第3ビル6F E-mail: catalog@pm.orcamo.co.jp

弊社記入欄	
-------	--

【個人情報のお取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、ご質問、ご相談、お問い合わせへの対応のために利用します。法令に基づく場合又はメディカタログ®出展利用規約に定める場合を除いて、ご本人様の同意なく当個人情報を第三者に提供することはありません。上記利用目的達成のため一部業務を委託する場合があります。個人情報のご記入は任意ですが、ご記入いただけない項目がある場合、最適なお回答ができない場合があります。以上にご同意の上お申し込みください。

■お問合せ先(個人情報保護管理者) : 事業推進部 部長(delegate@orcamo.co.jp)