

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

株式会社日本地域総合診療サポート
 東京都港区芝4-5-11芝プラザビル3階
 TEL 03-6453-8345
 FAX 03-6453-8357

▼ 申込者情報

フリガナ			
法人名			
登記所在地	〒 -		
フリガナ	TEL	()	
代表者名	FAX	()	
	医療機関番号(10桁)		
施設情報	【施設名称】		【その他関連医療施設数】
			施設

▼ 取引基本情報

取引銀行	金融機関名	支店名	口座番号 ※右詰記載
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
取引条件	末日締翌月末日払い	請求書必着	締め日より10営業日以内
請求書送付先	〒 -		
	※登記所在地と同一の場合は記載不要		

▼ ご担当者情報

フリガナ		部署/役職	
ご担当者名			
	ご担当者連絡先	()	
メールアドレス (利用者IDとなります)	@		

当社は「TASUKYモールサービス利用規約」記載の事項を承諾し、本サービスへの入会申込を申請致します。
 尚、本申込に記載されている申込人・使用者が暴力団等の反社会勢力の関係者またはそれに類する者ではない事を確約するとともに記載内容に不正または虚偽のある場合は本申込を無効にされても何等異論ありません。

西暦 年 月 日

申込人



▼ 申込に関するご案内

- ・ 本申込書を受領後、当社所定の審査に通常約5営業日程お時間を頂きます。
- ・ 審査完了後、入会となった場合はご記入頂いたメールアドレス宛に初回ログイン用パスワードをお送り致します。

▼ 個人情報の取扱いについて

本申込書に記載された内容は、本サイト利用及び当社取引に関わる記録として適正に管理し、以下のことに使用致します。

- ・ 本サイト入会に係る総合判断
- ・ その他、本申込書にもとづくID発行の及びサイト管理にあたり、使用が必要な場合。
(目的外利用・第三者提供の禁止)
- ・ 法令にもとづく場合など正当な理由がある場合を除き、本人の同意を得る事なく、個人情報を利用目的以外に利用したり、第三者提供を行う事はございません。