

追加利用申込書

本申込書記載事項、下記規約について同意し、B欄記載のサービスを申し込みます。

FAX送信先 03-3662-3491 日本ケアコミュニケーションズ

担当 行

Ver. 20200803

【A欄】 事業所が複数ある場合は本申込書をコピーしてお使いください。

法人情報(必須) 捺印がないものは無効です。

フリガナ		フリガナ	
法人名称		代表者名	



事業所情報(必須)

事業所番号		フリガナ	
		事業所名	

フリガナ	
------	--

ご担当者 (管理者)	電話番号	
	FAX番号	

ご利用開始日 年 月 日 から 利用開始

【署名欄】 必須

記入日 20 年 月 日

- 本申込書に対する規約(C-1221)に同意します。
- 料金及び利用条件、契約内容について説明を受けました。

申込担当者署名

--

- 当申込書のサービスのご利用料金発生開始月は以下のとおりです。
20 年 月
- 当申込書のサービスを利用するに際して、契約期間を下記に定めます。
契約期間 20 年 月 ~ 20 年 月 末日

契約期間終了の1ヵ月前までに契約終了の意思表示が無い場合は自動的に更新します。
更新後の退会については別紙規約の定めを適用するものとします。
契約期間中に退会をする場合は、契約期間満了までの月額利用料をお支払い頂きます。

参加費合計

円(税抜)

既に当社サービスをご利用され、ご利用料金をお引き落しさせていただいているお客様につきましては、毎月のご利用料金からお引き落しさせていただきます。

お振込のお客様につきましては、後日郵送にてお届けする請求書をご確認いただきご入金下さいますようお願いいたします。

【B欄】

サービス名	参加費	月額利用料
<input type="checkbox"/> 【キャンビル ネオ】 ↓ 追加する介護事業のサービス種別コードを、「別紙サービス一覧表」より選び、番号をご記入ください。		
追加する介護サービス	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ココナース】 ID数 (→)	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ココナース】 法人ID ID数 (→)	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ケアマネくん】 親ID数 (→)	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ケアマネくん】 子ID数 (→)	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ケアネットワン】	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ライフサポートプラン】	¥	¥
<input type="checkbox"/> アセスメント(包括的自立支援プログラム)	¥	¥
<input type="checkbox"/> アセスメント(居宅サービス計画ガイドライン)	¥	¥
<input type="checkbox"/> 施設サービス計画書	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ケアネットスケジュール】	¥	¥
<input type="checkbox"/> サービス経過記録	¥	¥
<input type="checkbox"/> フェースシート	¥	¥
<input type="checkbox"/> 日別実績登録	¥	¥
<input type="checkbox"/> 【ふくせん】	¥	¥
<input type="checkbox"/> 通所介護計画書	¥	¥
<input type="checkbox"/> 日次収支管理機能	¥	¥
<input type="checkbox"/> BON連携		
伝送関連サービス		
<input type="checkbox"/> 【返戻管理くん】	¥	¥
合計	(税抜) ¥	¥

記載された情報は、本申込に関する当社からのご案内、ならびにお客様からのお問い合わせ等に対応する範囲で利用いたします。
それ以外の目的(第三者への提供等)で利用することはありません。
弊社プライバシーポリシーの情報はこちらのURLをご確認ください。⇒<https://www.care-com.co.jp/security/>

弊社使用欄 [添]

--

営業	アシスタント	承認	統括	定期	注文書	二次
----	--------	----	----	----	-----	----