

導入支援サービス申込書

FAX送信先 03-3662-3491 日本ケアコミュニケーションズ 担当 行

本申込書記載事項および別紙個人情報の取り扱いについて同意し申込みます。

Ver. 20200803

法人情報			
フリガナ		フリガナ	印鑑
法人名称		代表者名	
事業所情報			
事業所番号		フリガナ	
		事業所名	
対象サービス			
対象サービス	キャンビル ・ ココナース ・ ケアマネくん		
参加者情報			
フリガナ			
ご担当者		電話番号	
ご所属			
参加人数	人	実際の利用者様情報	有 ・ 無
訪問情報			
訪問先名			
訪問先住所	〒		
プロジェクト	有 ・ 無	プロジェクトを写せる壁	有 ・ 無
価格			
	サポート区分	価格	
	訪問	¥	
	来所	¥	
	遠隔	¥	
合計		(税抜)	¥
<p>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。</p> <p>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。</p>			

ご留意事項	
	請求期間中(1日~10日)は導入支援サービスのご提供ができません。
	導入支援サービスの提供時間は2時間を限度とさせていただきます。2時間を超えるサポートをご希望の場合は、別途ご相談下さい。
	必ずサービスの実施前に、一度のログインまでの操作をご確認下さい。スムーズなご案内ができず、サービスの提供時間を超えた場合は、追加料金が発生する場合がございます。
	来所、訪問サポートにご参加いただけるご人数は5名までとさせていただきます。5名を超える場合は、別途ご相談下さい。

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			
営業部記入		統括部記入	
請求書送付先	法人 ・ 事業所 ・ その他(備考欄に記入)	参加費請求書	
合算引落し	#	#	
営業	アシスタント	承認	承認 担当者