

## ナーシングチャンネル トライアル申込書

下記の通りナーシングチャンネルのトライアル利用を申込みいたします。

申込み年月日	西暦 年 月 日
施設名称 (ふりがな)	
所在地 (ふりがな)	〒
氏名 (ふりがな)	Ⓜ
連絡先電話番号	
メールアドレス	
お試し利用ライセンス数	
お見積書について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
ご利用期間	年 月 日から 2 週間

### トライアル申し込み先

紀伊國屋書店 デジタル情報営業部

メールアドレス : [online@kinokuniya.co.jp](mailto:online@kinokuniya.co.jp)

FAX 番号 : 03-6420-1359

制作・著作・発行

**ナーシング  
チャンネル** Nursing  
Channel

株式会社東京サウンド・プロダクション

東京都港区六本木 6-4-1

ハリウッドビューティプラザ 4F

コンテンツ事業センター