

「医書.jp オールアクセス」 無料トライアル申込書

■ お客様へ

本書は、医書.jp オールアクセスの無料トライアル申込書です。

- 無料トライアルの期間は、開始日から2ヶ月を基本とさせていただきます。
- お申込みの際には、
 - ☞ 下記の内容をお読みいただき、必要な項目へのご記入をお願いします。
 - ☞ 申込書は、弊社代理店の担当者にお渡しください。または総代理店医学書院までFAX(下記)をお願いします。
- ▶ 総代理店 FAX 送付先：医学書院販売・PR 部 宛 (FAX：03-3815-7805)
- 設定の後、アクセス方法をEメールで送信いたします。Eメールアドレスは正確に必ずご記入ください。

◆ お客様情報

施設名(必須)		許可病床数(病院のみ)	床
所在地(必須)			
担当者名(必須)	印		
所属		E-Mail(必須)	
TEL(必須)		FAX	

◆ 申込み内容

商品名	医書.jp オールアクセス【無料トライアル】		
試用ライセンス	試用 (全誌)		
希望サービス開始月	年 月 日 から 2ヶ月間		
ご利用される施設(部門)をご記入ください。(例:〇〇大学、〇〇大学医学部附属病院)			
IP アドレス使用希望 (複数・範囲登録可)

共通 ID/PW の発行希望	<input type="checkbox"/> 共通 ID/PW ^{※1} を発行希望の場合はチェックをしてください。(個別 ID/PW は標準で利用可能です)		

※1 共通 ID/PW は 1 契約 1ID のみです。漏洩等で不正利用がされないよう取り扱いにはご注意ください。

◆ 利用規約の同意

トライアルは無料ですが、別紙に記載された「団体(教育機関・医療施設)向け医書.jp 配信サービス利用規約(第13条をのぞく)」の内容に同意が必要です。同意の場合“同意します”、同意できない場合“同意しません”にチェックをしてください。同意いただけない場合は、トライアルになれませんので、予めご了承ください。

同意します

同意しません

■ 代理店様へ

- 必ず会社名・担当者名・電話番号などの必要項目をご記入ください。

会社名		TEL	
住所	〒		
担当者名		E-Mail	
連絡事項など			