

「最新の臨床WEB」お申込み情報 記入用紙

見積依頼
 トライアル申込
 見積依頼・トライアル申込

施設情報		
法人名		
郵便番号		
住所		
ご担当者の氏名	姓	名
フリガナ	セイ	メイ
所属部署		
電話番号		
メールアドレス		

契約情報	
病床数	
利用施設名 <small>教育機関を有する病院で、教育機関でも当商品を利用される場合は、教育機関名もご記入ください。</small>	
コンソーシアム所属の有無	
トライアル利用開始日	利用期間は利用開始日の翌々月末まで（ご相談可）
利用期間（ご契約される場合の）	
認証方式	<input type="checkbox"/> ID/PWのみ <input type="checkbox"/> IPアドレス併用
登録IPアドレス	例) 123.123.123.123
見積書日付	

備考	
----	--

代理店（お申し込み先）

※ 必要事項をご記入のうえ、下記までお申し込み（PDF添付メール、またはFAX）ください。

紀伊國屋書店のプライバシーポリシーについては以下をご参照ください。

<https://www.kinokuniya.co.jp/c/privacy/>



株式会社紀伊國屋書店 デジタル情報営業部

メールアドレス：online@kinokuniya.co.jp

電話番号：03-6910-0518

FAX番号：03-6420-1359