音声認識薬歴作成支援システム「ENIFvoiceSP」申込書

様式１

株式会社ネグジット総研　宛

送付先　〒650-0033　神戸市中央区江戸町 85 番地１　ベイ・ウイング神戸ビル５階

TEL：０１２０－３７９－０５０　　FAX：０７８－３９３－２１８０

音声認識薬歴作成支援システム ENIFvoiceSP の購入にあたり、使用許諾契約書及び保守契約書の内容に同意の上、申込をいたします。
本申込書の申込日（同意確認日）をもって保守サービスを委託します。

申込日（同意確認日）　　年　　月　　日

署名（申込者）　：　　印

（※必須※）お客様記情報	フリガナ 貴　社　名	
	フリガナ 貴　店　舗　名	
	フリガナ 担　当　者　名	
	ご　住　所	〒 TEL　　FAX （※任意）E-MAIL　　@
	お客様の運用形態	レセコン名： 電子薬歴　：　使用している　・　使用していない　（いずれかを丸で囲ってください。）

◆ご希望する機種を下欄より選び、左□欄に ✓ を付記して数量のご記入をお願い致します。

チェック	商品名	数量	備考
□	ENIFvoiceSP ヘッドマイクセット		
□	ENIFvoiceSP ハンドマイクセット		
☑	ENIFvoiceSP ソフトウエア保守サービス		製品と同数の保守申込となります。

※　ソフトウェア保守については、別紙 ENIFvoiceSP 製品の「保守契約書」をご確認ください。

（ 弊社利用欄 ）

販売店記入欄

社名		支店名	部署名
担当者名	電話番号	FAX 番号	電子メールアドレス
備考：　保守サポート開始年月　　年　　月度より　（申込日の翌々月からの開始となります。）			

ﾈｸﾞｼﾞｯﾄ総研記入欄

ﾈｸﾞｼﾞｯﾄ総研 営業担当者	事業所　　部署：　　担当
商品発送先	

■個人情報の利用目的
弊社の ENIFvoiceSP をご希望される方に、氏名、住所、連絡先、その他お申込みに必要な個人情報の提供をお願いしておりますが、これらの利用は以下の範囲内に限らせて頂きます。
その他の目的で利用することはありません。
(1)お客様の確認、契約内容の確認、保守料の請求、サービス提供条件の変更の通知、利用サービスの停止・中止・契約解除の通知、契約の変更の通知、その他弊社サービス提供に係わること
(2)弊社のサービスの改善または新たなサービスの開発を行うこと
■個人情報の第三者提供
ご提供頂いた個人情報は、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者に対して開示致しません。
(1)保守業務の再委託先である東邦薬品株式会社および株式会社アドバンスト・メディアへの提供
(2)その他法令に基づき開示・提供を求められた場合