

年 月 日

## 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)			
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
IP アドレス使用希望	.	.	.
※登録を希望するIPアドレス 数ある場合はすべて記入して	.	.	.
	.	.	.
ID/PW 使用希望	( )個別 ID/PW 希望	( )共通 ID/PW 希望*	

**\*共通 ID/PW は、2018 年サービス開始時からご利用いただけます。**

### ◆ 利用規約の同意

トライアルは無料ですが、別紙に記載された医書.jp 団体向けサービス利用規約(第13条および第14条をのぞく)の内容に同意が必要です。トライアルにお申込の場合“同意します”にチェックをしてください。

同意します

### ■ 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			