

「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）		許可病床数（病院のみ）	床
所在地（必須）	〒		
担当者名（必須）	印		
所属		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} の発行希望の場合はチェックしてください（個別ID/PWは標準で利用可能です）。		

※1 共通ID/PWは1契約1IDのみとなります。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「団体向けサービス利用規約（第13条および第15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、トライアルをご利用になれませんので、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			