

医療機器管理システムUNIFI-ESサービス利用申込書

「サービス利用規約※1」「サポート規約※2」の内容を承諾し、利用を申し込みます。

| | |
|------------|---|
| 申込年月日 | 年 月 日 |
| ご施設名 * | |
| ご住所 * | |
| 部署名 * | |
| ご担当者様 * | 印 |
| TEL * | |
| e-mail * | |
| サービス利用開始 * | 年 月 分から |
| 情報管理 部署名 | |
| 情報管理 ご担当者様 | |
| サービス内容 * | 機器登録点数 台まで オプション機能 () <input checked="" type="checkbox"/> サポートサービス利用 |
| その他 連絡事項 | |

* は必須項目

※1: 医療機器管理システム「UNIFI-ES」サービス 利用規約

※2: 医療機器管理システム「UNIFI-ES」サポートサービス規約