

FAX : 03-3813-8733

E-mail : webstaff@jaame.or.jp

公益財団法人医療機器センター 医療機器産業研究所 情報基盤室宛

JAAME 情報利用申込書

公益財団法人医療機器センター

理事長 殿

JAAME 情報利用約定書に同意し、JAAME 情報提供の利用を申込みいたします。 同意します

申込日： 年 月 日

ご希望の情報提供に <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けてください。			
1. JAAME Search (インターネット)		<input type="checkbox"/>	
2. JAAME 通信 (下記に記載頂いた E-mail アドレスに送付いたします)		<input type="checkbox"/>	
3. 組合せ利用 (JAAME Search+JAAME 通信)		<input type="checkbox"/>	
利用開始希望月 (*) 月		* 申込書受領後請求書を送付致します。 約定書第 4 条に基づき <u>利用開始希望月の前月末日</u> までに お振り込みをお願い致します。	
(フリガナ) 会社等名			
会社等住所	〒 - - TEL : - - FAX : - -		
所属	(フリガナ) 担当者名		
E-mail アドレス	@		
* メールを受取る際の注意点： ① 「 info@jaame.or.jp 」からのメールを受信できるよう、アドレス指定受信、またはドメイン指定受信の設定をお願いいたします。 ② 通信をご希望の方は 3MB までのメールは受取れるよう受信容量の設定をお願いいたします。			
業種	・医療機器関係企業： <input type="checkbox"/> 製造販売 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> コンサルティング <input type="checkbox"/> 登録認証機関 <input type="checkbox"/> その他() ・その他の業種：()		
お申込みの きっかけ	<input type="checkbox"/> 無料トライアル <input type="checkbox"/> 医療機器センターHP <input type="checkbox"/> 医療機器センター主催の講習会等 <input type="checkbox"/> その他講習会や展示会など <input type="checkbox"/> 知人、利用者などから <input type="checkbox"/> DM(ダイレクトメール) <input type="checkbox"/> その他()		
備考			

※ 複数口お申込みの際は、事業所ごとに利用申込書をご記入の上、ご送付ください。