

ファーストケアVer.4 グループホーム版 スタンダードタイプ

【ステップ1】お客様情報をもれなくご記入ください。

お申し込み日	平成 年 月 日	※インターネット接続環境は必須となります。	
事業所番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
事業所番号	・事業所番号が確定していない場合はすべて0でご記入ください。仮番号を弊社で割り当てます。 ・事業所番号が複数の場合は、いずれかの事業所番号をご記入ください。 ・事業所番号が決定しましたらFAXにてご連絡ください。正規の認証番号を追ってご連絡いたします。		
社名・団体名	<input type="text"/>		
事業所名	<input type="text"/>		
ご住所	〒 <input type="text"/>		
ご担当者名	TEL	(<input type="text"/>)	FAX (<input type="text"/>)

▼ご紹介者がいらっしゃる場合はお名前をお書きください(謝礼進呈)。
 ※ご記入の無い場合は無効となる場合があります、必ずご記入をお願いします。

事業所名	<input type="text"/>	ご紹介者名	<input type="text"/>
------	----------------------	-------	----------------------

【ステップ2】ご利用開始月をご記入ください。ご指定月から利用料が掛かります。

※ご利用開始月のご記入がない場合、お申し込み月の1日から利用料が発生いたします。また最低ご利用期間は3ヶ月となりますので予めご了承ください。

利用開始月	年 月 から
-------	--------

【ステップ3】ご注文されるサービスの口にチェックを付け、ご注文月額合計金額をご記入ください。

基本機能タイプ		月 額 ①
必須機能	基本機能一式(スタンダードタイプ)	<input checked="" type="checkbox"/> ¥1,680-
保守契約タイプ		月 額 ②
必須機能	月間ヘルプデスク(スタンダードタイプ)	<input checked="" type="checkbox"/> ¥3,120-
サービス種類		月 額 ③
生活介護版	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外) 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	<input checked="" type="checkbox"/> ¥1,680-
オプション	売掛入金管理	<input type="checkbox"/> ¥1,050-
	売掛入金管理 + 口座振替管理	<input type="checkbox"/> ¥2,100-
ご注文月額合計金額 (① + ② + ③)		¥

【ステップ4】「ご購入方法」ならびに「お支払方法」は以下の通りとなります。ご確認ください。

- ・ご購入方法 … 月額契約方式
 - ・お支払方法 … 銀行自動引落(事務手続き上、初回の3ヶ月分は、代金引換にてお支払いをお願い致します。)
- ※製品と一緒に、口座振替申込書を郵送いたします。ご記入の上、弊社宛てにご返送ください。

【ステップ5】当注文シートを弊社までFAXで送付してください。

- FAX受信後、5営業日以内に代金引換にて発送いたします。
- FAX送信後、2営業日以内に注文シート受付の連絡がない場合はお問い合わせください。