

ご紹介FAXシート(新規お客様用)

株式会社ピーシステム 宛

下記項目をすべてご記入の上、ピーシステムまでFAXにてお送りください。(紹介先→ピーシステム)

【お客さま情報】(※紹介先)

(フリガナ) ご担当者氏名			
事業所名称			
ご住所	〒	—	
電話番号	—	—	FAX番号
			—

【ご紹介者さま情報】(※紹介元)

ご担当者氏名		ご関係	職場・友人・その他()
事業所名称			

▼ 次の【A】～【C】の中からご希望のものに○をつけ、それぞれの必要事項をご記入ください。

- 【A】 まずは、電話で説明が聞きたい
- 【B】 まずは、詳しい資料がほしい
- 【C】 まずは、FAXで見積りがほしい

<Aに○をつけた方> ご都合のよい連絡日と時間帯をご指定ください。

連絡日	(月 日)指定 / ()曜日指定 / いつでも可
時間帯	(時 ~ 時)指定 / いつでも可

<B・Cに○をつけた方> 実施サービスの種類にチェックをつけてください。

居宅版	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援(予防含む)	生活介護版	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(予防含む)		<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴看護(予防含む)	特養版	<input type="checkbox"/> 通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(予防含む)		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(予防含む)		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉サービス(特別養護老人ホーム)
	<input type="checkbox"/> 通所介護(予防含む)	老健版	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(予防含む)		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(予防含む)		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設サービス
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(予防含む)	高齢者住宅版	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(A型/B型/ケアハウス)
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(予防含む)	<input type="checkbox"/> 高齢者住宅/養護老人ホーム		

▼ 現在のご検討状況について、あてはまるものに○をつけてください。

ご購入予定時期	1週間以内 / 1ヶ月以内 / 3か月以内 / 半年以内 / 未定
ご利用予定のパソコン台数	1台のみ / 複数(台) / 未定
ご購入タイプ	一括購入型 / 月額利用型 / 未定

FAX送付先 044-959-5886 (24時間受付)