

「ひとめでわかる！健診FDチェックシステム平成30年度版」 注文書

株式会社 興伸 健診FD サポートセンター 行

注文書へご記入いただき、当社FAX: 03-5243-7577 までお送り下さい。

健診機関様情報記入欄

機関コード(必須)				※10桁の機関コードを記入してください
健診機関名(カナ)				
健診機関名(必須)				
部署 ご担当者名(必須)				
ご住所(必須)	〒			
TEL(必須)			FAX	
E-MAIL(必須) ※請求書、製品の納品はメールにてお送りさせていただきます。	@			
ご紹介先またはご紹介元 ※紹介キャンペーン適用の際は必ず記載してください	機関コード (10桁)	機関名		
請求書希望日付	請求書の日付に指定がある場合はこちらにご記入ください			2018年 月 日
請求書代表者印	請求書に代表者印が必要な場合は、こちらにチェックを付けてください <input type="checkbox"/>			
備考・その他 ※上記と請求書名が異なる場合、ご紹介機関が複数ある場合はこちらに記載してください				

納品先が上記と異なる場合は、以下に詳細情報をご記入願います。

送付先名称			
送付先担当者名			
送付先ご住所	〒		
送付先TEL			

ご注文製品(紹介キャンペーンはProfessional版のみが対象となります)

製品『健診FDチェックシステム』	数量	単価(税込)	金額(税込)
Professional 平成30年度「新規版」		¥119,000	
Professional 平成30年度「更新版」		¥99,800	
Standard 平成30年度「新規版」		¥78,800	
Standard 平成30年度「更新版」		¥32,400	
Professional 平成30年度「新規版」(ご紹介価格)		¥99,800	
Professional 平成30年度「更新版」(ご紹介価格)		¥69,800	

- 1) 紹介キャンペーンを適用されるお客様は、必ずご紹介先またはご紹介元を記載してください。
- 2) 請求書はメールにてお送りさせていただきます。また、製品もWebからのダウンロード販売となります。
- 3) 弊社のシステムをご購入していただく際は、必ず弊社HPをご確認していただくようお願いいたします。

受注日	請求日	入金日	納品日	請求 No.