

## モバカルネット電子処方箋 連携設定代行サービス申込書

NTTプレジジョンメディシン株式会社 宛

お申込者は、「設定作業代行サービス利用規約」、「設定作業代行サービス サービス仕様書」「モバカルネット 電子処方箋連携アプリケーション使用許諾に関する利用規約」の内容を理解し、同意のうえ、以下の通り、モバカルネットと電子処方箋の連携設定代行サービスを申し込みます。

◆本書面によりご提供いただいた個人情報は、当社が定める個人情報保護方針に基づき取扱いいたします。

### ① お申込者情報

お申込年月日	年 月 日		
法人名または医療機関名			
ご担当者様	フリガナ	役職名:	印
		電話番号:	
	メールアドレス:		

◆連携作業日程についてのご連絡は上記メールアドレスにご連絡致しますので、必ずご記入をお願いします。

### ② 連携をご希望のモバカルネットの情報

対象のモバカルネットを ご利用の医療機関名		医療機関 ID	2				
--------------------------	--	---------	---	--	--	--	--

### ③ 連携作業希望日時

◆原則平日 9:00～17:00 でリモート対応になります。その他時間帯の作業をご希望の場合は、別途追加料金となります。ご相談ください。

◆連携作業日時につきましては、当社の作業枠数に限りがあるため、ご希望に添えない場合もございます。予めご了承ください。

第1希望	月	日	時頃	備考:
第2希望	月	日	時頃	備考:
第3希望	月	日	時頃	備考:

### ④ 本サービスのご利用料金のご請求先

本サービスのご利用料金のご請求先がモバカルネット月額ご利用料金のご請求先と異なる場合は、以下にご記入ください。

◆ご記入のない場合は、モバカルネット月額ご利用料金に合算し、ご請求させていただきます。

請求先のご住所	〒		
請求書の宛名	フリガナ		
請求先ご担当者様	フリガナ	メールアドレス:	
		電話番号:	

⑤ 領収書が必要な方はこちらにチェックをしてください。  領収書が必要

#### ▼本申込みについてのお問い合わせ

モバカルネット テクニカルサポート : 050-5213-7994

#### ▼申込書送付先

FAX : 045-450-3359 メール : movacal\_technical@ntt.com