

紹介状

ご記入日：2022年 月 日

【重要】紹介先様の個人情報の取り扱いについて

ご紹介いただくにあたり、ご紹介先様からPHCメディコム(株)への個人情報提供について同意いただいた上で下記にチェック及び、ご記入をお願いいたします。

紹介先様よりPHCメディコムへ個人情報を提供する同意を得ています。

▶ **新規開業及び電子カルテ・電子薬歴・レセコン導入検討者（ご紹介先）様**
ご紹介先様をお教えてください。（当社からご連絡させていただきます）

住所 電話番号 氏名	
------------------	--

ご希望されている内容をご存じであればお教えてください。（不明の場合、ご記入は不要です）

- 開業全般について相談希望
 詳細説明希望（ 電子カルテ 電子薬歴 レセコン）
 デモンストレーションを希望（ 電子カルテ 電子薬歴 レセコン）
 その他[]

ご希望の 連絡方法/ 日時・曜日	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> ご訪問
	第1希望： 月 日 時頃	第2希望： 月 日 時頃	
	第1希望： 曜日 時頃	第2希望： 曜日 時頃	
E-Mail	※E-Mailによるご連絡を希望される場合、必ずご記入をお願い致します		

▶ **ご紹介者（ご紹介元）様** ※ご紹介者（紹介元）様は1名のみとさせていただきます。

氏名		電話番号	
住所	〒		

【以下の個人情報の取扱いについてご同意の上、FAXでお送りいただくか、当社担当者にお渡しください。】

●お預かりした個人情報は、本キャンペーンに関するご連絡・特典の送付、お申し込み頂いた商品やサービスの把握、事務連絡、各種ご案内（刊行物、展示会、セミナー等）やアンケート、製品やサービスのご案内に利用させていただきます。 ●弊社は、個人情報を適切に管理し、漏洩の防止に努めるとともに、法令に定める場合を除き、事前に本人の同意を得ることなく第三者に提供及び委託いたしません。 ●お客様情報についての照会・訂正・削除を希望される場合は、お手数ですが下記連絡先までご連絡ください。速やかに対処させていただきます。

《お問合せ先》

PHCメディコム株式会社

東京都台東区上野1-4-8 上野横山ビル 2F

<https://www.phchd.com/jp/phcmn>

ご返送先 ▶▶▶ FAX 03-5830-2322

右記QRコードからも
お申込頂けます。

