

モバイル端末貸与申請書（開始）

NPO法人しまね医療情報ネットワーク協会 様

モバイル端末貸与利用約款に同意し、以下のとおり利用申請致します。

申 請 日	年 月 日	利用開始日	年 月 日	
住 所	〒			
施 設 名 代表者又は責任者	⑩			
ご 担 当 者 名 (施設システム管理者)				
連絡先：	TEL			
	Mail			
貸与台数	台			
使 用 職 種	<input type="checkbox"/> 医師	台	<input type="checkbox"/> 看護師（准看護師）	台
	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	台	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	台
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	台	<input type="checkbox"/> 訪問介護員	台
	<input type="checkbox"/> その他（		）	台

※使用職種に☑して台数をご記入下さい。参考事項ですので、実際のご利用と異なっても構いません。

※モバイル端末は、申請された住所・施設にお送りします。1週間程度お待ちください。

★【モバイル修理保証サービスの申込】※必要な場合は台数を記載して下さい。

※モバイル端末修理保証サービスは、破損、故障時に自己の負担なく修理を行うサービスです。ただし、盗難紛失、電池パック交換、修理不可の場合は適用対象外です。利用料 350円（税抜）/1台/月 が必要です。

※モバイル端末修理保証サービスの最低利用期間は24カ月です。途中でサービスを停止される場合は、残月数×350円（税抜）の違約金が生じます。

モバイル端末修理保証サービスを申し込みます。	台
------------------------	---

※協会使用欄

受付日	梱包日	発送日		
端末情報 (電話番号)	—	—	端末情報 (電話番号)	—
端末情報 (電話番号)	—	—	端末情報 (電話番号)	—
端末情報 (電話番号)	—	—	端末情報 (電話番号)	—