**Orinasu Cloud契約申込書**

**※利用規約・約款を読んで同意の上、申し込みを行ってください。**

|  |
| --- |
| 　　　　　　　□　利用規約・約款に同意の上、申し込みを行います（チェックを入れてください）。 |
| 施設名 |  |
| 所属部署 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL |  | FAX　　　 |  |
| 申込者氏名 |  |
| 施設の種類規模利用料 | □訪問看護ステーション（単独）　1,500円／月□介護施設　　　　1,500円、　　□診療所・クリニック　1,500円／月□訪問看護ステーション（病院併設）、　15,000円／月□病院（200床未満）、15,000円／月□病院（400床未満）、20,000円／月□病院（600床未満）、30,000円／月□病院（600床以上）、50,000円／月 |
| E-mail |  |
| 申込年月日 | 令和　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 利用開始月 | 令和　　　年　　　　月 |
| 緊急連絡先氏名 |  |

法人等で複数の施設を申し込まれる場合、**1施設1枚**ずつ記載の上ご提出願います。

* 個人情報の取扱いについて
1. 参加申し込みにご提供いただいた個人情報は、安全かつ厳密に管理致します。
2. 個人情報は、上記参加申し込みに関する事務手続きのみに使用します。
3. 個人情報は第三者に開示、提供、預託することはありません。