

REHABILITATION VIEW 利用申込書

- ・下記の必要事項をご記入の上、本申込書をお取引のある書店へお渡しください。その便宜がない場合は弊社へ直接お申込みください。
(メジカルビュー社FAX送信先: 03-5228-2059)
- ・利用料金は、別途定める価格表に該当する料金(年間ご利用料)をご請求申し上げます。
- ・本申込書が弊社に到着次第、アクセス方法をEメールでご案内いたしますので、Eメールアドレスは必ずご記入ください。
- ・ご利用方法等をご質問・ご相談させていただく場合がございますので、予めご了承ください。
- ・「REHABILITATION VIEW契約法人内の管理者利用規約」の内容に同意が必要ですので、「同意します」にチェックを入れてください。
同意いただけない場合はご利用になれませんので予めご了承ください。
- ・教育機関がお申込の場合の同時ログイン数は、下記にご記入いただいた1学年定員の2倍の数で設定いたします。

利用規約に ☐ 同意します

お申込日 年 月 日

ご利用開始希望日		年 月 日	
お客様情報	法人・機関名	フリガナ	
	代表者氏名	フリガナ	ご所属・役職
	ご住所	〒	
	Eメールアドレス	@	
ご担当者様	ご担当者氏名	フリガナ (印)	ご所属・役職
	TEL/FAX	TEL	FAX
	Eメールアドレス	@	
	施設・認証方法等の情報	1) 施設種別	☐ 大学・短期大学 ☐ 専門学校 ☐ 病院(病床数 床) ※病床が無い場合はご相談ください
2) 購入形態		☐ 施設購入(施設内の全員がアクセス可能) ※病院様の場合は施設購入のみになります ☐ 学年単位での個人購入 ※1学年の人数全員の方のご購入が前提です	
上記2)が施設(学校)購入の場合		☐ 理学療法学科(人) ☐ 作業療法学科(人) ☐ 言語聴覚学科(人)	
3) 1学年定員			
上記2)が施設購入の場合		☐ IPアドレス認証 ☐ ID/パスワード認証	
4) 認証方法		☐ 別途ID/パスワードを希望する ☐ 希望しない	
上記4)がIPアドレス認証の場合		☐ 別途ID/パスワードのご希望 ※IPアドレス認証のネットワーク外からのアクセス用として1つのID/パスワードの発行が可能です	
上記4)がIPアドレス認証の場合			
6) IPアドレス(複数の場合、カンマで区切ってください)			
上記2)が学年単位での個人購入の場合		学科名	利用学年
7) 人数(ID/パスワード発行数)			年 人
上記2)が学年単位での個人購入の場合	教員用献本希望数	※学生50人に対して献本1を目安としています。	
8) 教員用献本希望数	(人分)	献本希望数によってはご相談させていただく場合がございます。	

※IPアドレス認証の場合は、施設のグローバルIPアドレスをご記入ください(ご不明の場合はネットワーク管理者の方にご確認ください)

■書店様へ

お客様より本申込書をお受け取りになりましたら、下記の必要事項をご記入の上、弊社宛にFAXをお送りいただきますようお願い申し上げます。

メジカルビュー社 FAX送信先: 03-5228-2059

書店名			
住所	〒		
TEL/FAX	TEL	FAX	
ご担当者名			
Eメールアドレス	@		