

モバイル端末貸与申請書（開始）

[モバイル修理保証サービス付]

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	印			
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
				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について

※モバイル端末修理保証サービスは、破損、故障時に自己負担なく修理を行うサービスです。
ただし、盗難紛失、電池パック交換は適用対象外です。

モバイル修理保証サービス不要 モバイル修理保証サービスが不要の場合はチェックをして下さい。

※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)	—	—