

看護必要度パッケージ新規注文書（FAX用）

株式会社 千早ティール・スリー 看護必要度パッケージ担当者宛

TEL : 03-5956-3840 FAX : 03-5956-3841

注文日・注文者（住所、病院名等）			
注文日	年 月 日		
住所	〒 -		
法人名 病院名 部署名・担当者名			印
電話番号		FAX	
電子メール			
病棟数	() 病棟	看護配置	() 対1
看護必要度 パッケージを 何でお知り になりましたか	<input type="checkbox"/> 雑誌「看護」の広告 <input type="checkbox"/> 雑誌「看護管理」の広告 <input type="checkbox"/> 雑誌「病院」の広告 <input type="checkbox"/> プレスリリース <input type="checkbox"/> S-QUE研究会のホームページ <input type="checkbox"/> S-QUE研究会からのメール <input type="checkbox"/> 「看護必要度Q & A 第5版」 <input type="checkbox"/> 弊社の案内 <input type="checkbox"/> 雑誌の記事 [雑誌名 _____] <input type="checkbox"/> インターネットで検索 <input type="checkbox"/> 業者の紹介 [業者名 _____] <input type="checkbox"/> 他院の紹介 [病院名 _____] <input type="checkbox"/> その他 [経緯 _____]		

注文内容				
商品名		単価 (税抜)	個数	購入価格 (税抜)
看護必要度パッケージ	1セット目	368,000円	1	368,000円
	2~10セット目	208,000円		円
	11セット目以降	184,000円		円
単体システム追加 【カンゴルー/グリーンコアラ】 ※いずれかに○をつけて下さい。	2~10システム目	104,000円		円
	11システム以降	92,000円		円
合 計				円
<ul style="list-style-type: none"> ● 上記単価には保守サービス料が含まれます。 ● 保守サービス期間は、弊社出荷日から翌年同月末日です。この間に行うバージョンアップは無償です。 ● 次年度以降の保守サービスは、別途、継続注文をいただく事で、1年間延長して提供させていただきます。 				

■ 支払い条件

- 請求日翌月末日現金支払い（請求書に記載された銀行口座への振込）となります。
- 振込手数料につきましてはお客様負担をお願いいたします。弊社での負担はお受けできません。
- 日本国内への配送料が含まれます。
- 販売価格は、納品日に応じた消費税が適用されます。

■ 通信欄（ご要望等がございましたらご自由にご記載ください）