

# 利用申込書

## 日本テクトシステムズ株式会社 御中

認知症総合診断支援システム利用規約を承諾し、利用を申込みいたします。

A. 完全従量制     B. 定額従量制     検査キット

申込日：                      年                      月                      日

契約者情報	施設名		印
	氏名		
	住所	〒	
事務手続き連絡先	所属氏名	<input type="checkbox"/> 上記と同じ場合にはチェック	
	電話		
	FAX		
	E-mail		

### 代理店記入欄

<代理店名>	株式会社グロービア
お得意様コード	-
住所	〒104-0033 東京都中央区新川2-9-6 シュテルン中央ビル7階
電話番号	03-6228-3376
担当	野崎(ノザキ)・上市(カミイチ)

①本申込書受領後、上記の代理店記入欄にご記入上、下記にFAX(03-6452-9894)送付をお願いします。

②申込書原本については、日本テクトシステムズ(株)までご送付をお願いします。

**FAX 03-6452-9894**

日本テクトシステムズ株式会社  
〒105-0012  
東京都港区芝大門1-10-18 PMO芝大門8F  
TEL：03-6452-09893（代）