

病 院 情 報 電 子 デ ー タ  
分 売 見 積 依 頼 書 年 月 日

ご記入の上、FAXまたは電子メールにて弊社宛にお送り下さい。

**FAX 03-5981-8353**

**電子メール jmpj@ijinippo.co.jp**

FAX:03-5981-8353

Mail:jmpj@ijinippo.co.jp

発注数をご記入下さい。							
TYPE	ファイル	北海道・東北	関東	中部	近畿	中国・四国	九州・沖縄
A		病院情報					
	DR	医師情報 (ヘッダー入)					
	CO	コメディカル情報 (ヘッダー入)					
B	01	基本情報					
	02	診療科目					
	03	医療サービス					
	04	関連施設					
	05	専門医療					
	06	患者数・在院日数					
	07	手術・特色					
	08	病床数					
	09	施設基準					
	10	診療機器					
	11	併設関連施設					
	12	救急災害対策					
	DR	医師情報 (ヘッダー別)					
CO	コメディカル情報 (ヘッダー別)						

※・・・必須項目

上記の通り見積を依頼いたします。

※組織名							
部署名				※担当者名			
※住所	〒                      ー						
※電話番号							
※見積提出宛先	<input type="checkbox"/> FAX	FAX番号					
ご希望のほうに☑をつけて下さい。	<input type="checkbox"/> メール	メールアドレス					
得意先コード	□ □ □ □ □ □ □ □	(当社で付番したコード、おわかりでしたら記入してください)					
特記事項	(納品先・納入日など)						