

# 診療科別 ICT 化のすすめ(2020年度版) 出展申込書

「診療科別 ICT 化のすすめ(2020年度版)」の書籍への出展に関して、下記のとおり申し込みます。

申込日	年 月 日
-----	-------

## ① 出展企業情報

会社名 代表者名 会社所在地	〒 _____			印
	「会社印」または「事業部印」をご捺印ください			
窓口担当者	(部署・役職)	(氏名)		
TEL	( )	FAX	( )	
担当者 E-mail				

## ② 出展内容・支払方法

お申込み内容	希望する内容の□にチェックを入れて、希望数量を入力ください。			
	<input type="checkbox"/>	B 広告	(1/2 ページ)	100,000 円 × _____
	<input type="checkbox"/>	C 広告	(1 ページ)	200,000 円 × _____
	<input type="checkbox"/>	D 広告	(2 ページ)	400,000 円 × _____
	<input type="checkbox"/>	中面広告	(1 ページ)	300,000 円 × _____
	<input type="checkbox"/>	導入事例広告	(2 ページ)	800,000 円 × _____
	<input type="checkbox"/>	表 2 広告	(表紙裏面)	800,000 円 × 1
	<input type="checkbox"/>	表 3 広告	(裏表紙裏面)	500,000 円 × 1
	※2019年度までございました「A 広告」は廃止いたしました。お申込みいただかない商品につきましては、冊子内「メディカタログ出展商品一覧」ページに商品名と会社名のみ掲載させていただきます。			
支払方法	銀行振込 (本申込を確認後、請求書を発行いたします)			

## ③ 請求書宛先

※宛先が①と同じであれば記入不要です。請求書への要望等は、備考欄にご記入ください。(会社名のみ印字など)

会社名 住所

担当者(部署/氏名) 連絡先

備考欄( \_\_\_\_\_ )

- ・お振込み手数料については、お申込み者のご負担でお願いします。
- ・銀行振り込みの場合は、銀行振り込み明細書をもって領収書の発行に代えるものとします。
- ・申込書提出にあたっては、一部を複写のうえ貴社にて保管し、FAX 送信後は必ず原紙をご郵送ください。
- ・上記事項に変更があった場合はその都度、文書にて連絡してください。

\*弊社使用欄  
管理シート

**【申込書送付先】** 日本医師会 ORCA 管理機構株式会社 営業企画部 TEL:03-5981-9681 FAX:03-5981-9682  
〒113-0021 東京都文京区本駒込 6-1-21 コロナ社第 3 ビル 6F E-mail: catalog@pm.orcamo.co.jp

弊社記入欄	
-------	--

### 【個人情報のお取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、ご質問、ご相談、お問い合わせへの対応のために利用します。法令に基づく場合又はメディカタログ®出展利用規約に定める場合を除いて、ご本人様の同意なく当個人情報を第三者に提供することはありません。上記利用目的達成のため一部業務を委託する場合があります。個人情報のご記入は任意ですが、ご記入いただけない項目がある場合、最適なご回答ができない場合があります。以上にご同意の上お申し込みください。

■お問合せ先(個人情報保護管理者) : 事業推進部 部長(delegate@orcamo.co.jp)