

平成30年度調査報告書申込書

(株)日本病院共済会 行き

FAX. 03-3222-0016

平成 年 月 日

所在地	〒 Tel. — —		
施設名	ふりがな 法人名： -----		
	ふりがな 病院名：		
申込担当者 (必ず記入)	_____部_____課 お名前：		印
A： 報告書 3点セット 44,712円(税込) × _____セット = _____円			
B： 病院概況調査報告書のみ 19,440円(税込) × _____部 = _____円			
合 計 _____円			
必要書類 *ご必要な書類に○をお願いします。ご記入がない場合は発行いたしません。			
通信欄	<input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 納品書		

※納品は全国公私病院連盟から直接発送します。書籍代金も全国公私病院連盟にお支払いください。
 ※報告書の内容につきましては、別紙の”各報告書の主要内容”をご覧ください。

個人情報の取扱いについて
 取得した個人情報は、書籍の発送・代金回収などのために利用します。当個人情報の取扱いの全部または一部を委託することがあります。当社では、当個人情報に関する利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加または削除、利用の停止・消去および第三者への提供の停止の求めについて、下記窓口で受け付けております。個人情報の提供は任意ですが、個人情報を提供されない場合には、前記利用目的を達成できないことがあります。

<個人情報苦情及び相談窓口> 株式会社日本病院共済会 〒102-0075 東京都千代田区三番町9番地15 ホスピタルプラザビル1F
 個人情報保護管理者(兼 苦情及び相談窓口責任者): 営業部長 TEL:03-3264-9888 FAX:03-3222-0016

個人情報の取り扱いについて同意する
★同意する場合はチェックしてください。同意が無い場合は、お申し込みいただけません。

■ 申込書送り先 〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1階
 株式会社 日本病院共済会 担当：湯山

F A X : 0 3 - 3 2 2 2 - 0 0 1 6