

※オンライン診療のみご希望の方は1枚めのみご記入の上お申し込みください

KizunaWeb

ボーダレス・ビジョン(株) 行

キズナウェブ利用申込書兼契約書

ボーダレス・ビジョン株式会社

代表取締役 佐々木 春光

〒064-0914 札幌市中央区南14条西6丁目4-18

TEL&FAX:011-563-5522 E-mail:kizuna@blv.co.jp

「Kizunaweb利用約款」に基づき、以下の通り申し込みます。

ご契約者様情報

お申し込み日		年	月	日
フリガナ				印
法人名				
住所	〒			
連絡先 電話番号			FAX番号	
フリガナ				
代表者名				
フリガナ			担当者部署	
担当者名				
担当者メールアドレス				

規約同意欄

<input type="checkbox"/> 同意します	<input checked="" type="checkbox"/> Kizunaweb利用約款（個人情報の取扱い含む）
--------------------------------	---

契約代理店		担当	
-------	--	----	--

■お申込み内容 ※使用する内容に✓をご記入ください

利用開始希望日	年	月	日	※最短利用期間	1ヶ月	<small>(解約の場合は1ヶ月前にお申し出ください。)</small>
Kizunaweb1ID ライセンス	4,500円/月	申し込みID数		ID 月額		円
お支払い月額合計						円

支払条件

※消費税別

月契約	月末締め翌月27日口座引き落とし 初回引き落とし日 2020年1月27日
利用メニュー	
<input type="checkbox"/> Dr to Drカンファレンス	<input type="checkbox"/> 遠隔通訳コール <input type="checkbox"/> 遠隔通訳約款に同意します
<input type="checkbox"/> オンライン診療	<input type="checkbox"/> 遠隔健康医療支援

必要事項をご記入の上メール (Kizuna@blv.co.jp)またはFax (011-563-5522) にてご返送ください。

※オンライン診療のみご希望の方は1枚めのみご記入の上お申し込みください

IDリスト

Kizunaweb		ID発行数量	ID	メールアドレスは省略可	
No.	希望表示名	ID	初回パスワード	登録者	メールアドレス
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

必要事項をご記入の上メール (Kizuna@blv.co.jp)またはFax (011-563-5522) にてご返送ください。