

# 『トリケアトプス』利用申込書（最大3ヶ月無料体験できます）

岡谷システム株式会社 行

平成 年 月 日申込み

**FAX : 052-222-0715**

該当する  にチェックし、以下の項目をご記入後、FAXして下さい。

『トリケアトプス』利用規約（ホームページ参照）に同意し、トリケアトプスの利用を申込みます。

事業母体名称					印
事業母体情報	〒 - 法人印を捺印願います→				
	代表者氏名			担当者氏名	
	TEL			FAX	
	E-mail				

ご記入いただきました個人情報はサービス継続利用や商品情報、メールマガジンのご案内、保守サポートのご連絡のために利用します。

※ 同一事業所番号にて複数サービス提供されている場合は1行でご記入下さい。

1	<input type="checkbox"/> 居支 <input type="checkbox"/> 福貸 <input type="checkbox"/> 居管 <input type="checkbox"/> 小多 <input type="checkbox"/> 小多(短期) <input type="checkbox"/> 認共 <input type="checkbox"/> 認共(短期) <input type="checkbox"/> 通介 <input type="checkbox"/> 通川 <input type="checkbox"/> 訪介 <input type="checkbox"/> 訪入 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 訪小 <input type="checkbox"/> 夜訪 <input type="checkbox"/> 認通 <input type="checkbox"/> 定巡 <input type="checkbox"/> 地通 <input type="checkbox"/> 総合事業											
	事業所番号											<input type="checkbox"/> 新規開設（予定） （仮番号を発行します）
	事業所名称										<input type="checkbox"/> サ高住	
2	<input type="checkbox"/> 居支 <input type="checkbox"/> 福貸 <input type="checkbox"/> 居管 <input type="checkbox"/> 小多 <input type="checkbox"/> 小多(短期) <input type="checkbox"/> 認共 <input type="checkbox"/> 認共(短期) <input type="checkbox"/> 通介 <input type="checkbox"/> 通川 <input type="checkbox"/> 訪介 <input type="checkbox"/> 訪入 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> 訪小 <input type="checkbox"/> 夜訪 <input type="checkbox"/> 認通 <input type="checkbox"/> 定巡 <input type="checkbox"/> 地通 <input type="checkbox"/> 総合事業											
	事業所番号											<input type="checkbox"/> 新規開設（予定） （仮番号を発行します）
	事業所名称										<input type="checkbox"/> サ高住	

同時に3サービス以上お申込みいただける場合は本用紙をコピーしてご記入下さい。

※ トリケアトプスをご利用いただくためのご質問です。①～④について にチェックして下さい。

①国保連合会へ伝送を希望	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	注：事業所様より国保連合会へ別途届出が必要です。
②利用料の口座振替データ作成	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	「する」の場合→ 金融機関名( ) 注：金融機関様によっては別途テストが必要になります。
2つ以上の居宅サービス事業所様でお申込みの場合		
③請求グループを作成	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	(複数サービスをまとめた請求書発行や入金管理をします)
④「初期導入支援パック」(¥30,000(税抜)/拠点)を利用	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	

<アンケートへご協力願います> トリケアトプスをどのようにお知りになりましたでしょうか？

ご紹介( ) ・ インターネット広告 ・ DM ・ WAMNET ・ Webページ ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 展示会 ・ その他( )

※ 事業母体以外に書類送付を希望される場合は下記に送付先をご記入下さい。

送付先名称				
送付先情報	〒 -			
	TEL			FAX

当社使用欄	受付日 /	処理日 /	送付日 /
-------	-------	-------	-------

制定日 平成23年 2月 1日  
改定日 平成28年 6月 1日