

後発医薬品選択支援システム『ジェネリックマスター』購入申込書

「ジェネリックマスター」の購入を申し込みます。

(フリガナ) ご契約会社名					印
郵便番号	〒 ※必ずご記入ください				
ご住所					
ご担当者	所属部署	氏名	TEL	FAX	
(フリガナ) ご使用施設名				薬局コード	
※薬局コードを必ず記入してください。					
郵便番号	〒 ※必ずご記入ください				
ご住所					
ご担当者	所属部署	氏名	TEL(必須)	FAX	
E-mail					
商品の送り先	上記ご契約会社		上記ご使用施設		
	上記以外	〒			
お名前		TEL	FAX		
調剤システム 使用情報	該当する個所に○印を記入してください				
	ユニケ調剤システム使用	PCラブ	P-GATE	P-POS	
	販売会社名			担当者名	
<small>ユニケ調剤システム使用の場合記入</small>					
※他社システム	レセコン名	電子薬歴名			
ご請求先	上記ご契約会社		上記ご使用施設		
	上記以外	〒			
	所属部署	氏名	TEL	FAX	
ご注文金額	¥90,000	×	本 =	消費税(5%)込み()	
年間DB更新費	¥12,000	×	本 =	消費税(5%)込み()	
お支払方法	ユニケ調剤システムをお使いのお客様は、今までと同じお支払い方法をお願いします。 ユニケ調剤システム以外をお使いのお客様は、申し込み月の翌月末までに指定の口座に現金にて、お振込みをお願い申し上げます。				

※他社システム につきましては差し支えない範囲でご記入下さい。