

## eナーstレーナー法人サービス 無料トライアル申込書

### ■ お客様へ

- ◇ 無料トライアルの期間は、開始日から1ヶ月を基本とさせていただきます。
- ◇ お申込みの際には、
  - ☞ 下記の内容について、それぞれの項目のご記入をお願いします。
  - ☞ 申込書は、**弊社代理店の担当者**にお渡しください。又は、**弊社担当まで FAX**をお願いします。
    - ▶ 弊社担当：医学書院 EP 開発課 宛（FAX：03-3815-2365）
- ◇ 設定の後、アクセス方法を E メールで送信いたします。E メールアドレスは正確に必ずご記入ください。

### ◆ お客様情報

施設名(必須)			
住所(必須)	〒		
担当者名(必須)	印		
所属		E-Mail*(必須)	
TEL(必須)		FAX	

※上記 E-Mail アドレスは、eナーstレーナーの管理者用アカウントとして初期設定されます。

### ◆ お申込み内容

商品名	eナーstレーナー法人サービス		
トライアルの設定	<p>■法人識別利用（<input type="checkbox"/> IP認証を希望 <input type="checkbox"/> ID/PW 認証を希望）</p> <p>※ご希望の認証方式にチェックを入れてください。</p> <p>IP 認証をご希望の場合には、「登録希望 IP アドレス」の欄をご記入ください。</p> <p>■<u>個人識別利用ライセンス</u> = 5 人分の利用ライセンスを発行</p>		
トライアル希望開始日	年 月 日 から 1 ヶ月		
登録希望 IP アドレス (法人識別利用に、IP 認証を希望 の場合は、右にグローバル IP アド レスをご記入ください)	. . .	. . .	. . .
	. . .	. . .	. . .
	. . .	. . .	. . .

### ◆ 利用規約の同意

裏面(又は別紙)の「eナーstレーナー法人サービス利用規約」に同意が必要です。

- 同意します                       同意しません

### ■ 代理店様へ

- ◇ 代理店名・担当者名・電話番号などの必要項目をご記入ください。

代理店名		TEL	
住 所	〒		
担当者名		E-Mail	
連絡事項など			