

学研介護サポート申込書

FAX

03-6431-1414

※お申し込みは、FAX でお願ひします

お申し込みにあたり、「サービスに関する規定（裏面）」「利用規約（弊社ホームページ）」「お客様個人情報の取扱いについて（裏面）」（以下、規約等とする）を必ずお読みください。

お申し込みにあたっては規約等をご確認のうえ、下の口に✓を入れてください。

規約等に同意の上、申し込みます

介護 2015-1

※太枠内すべてにご記入ください。該当する項目の口に✓を入れてください。

※受講料は1施設につき 9,000 円(税別)です。複数施設でご利用の場合、施設数分の受講料がかかります。

お申込日	年 月 日	サービス開始希望月	年 月
お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 月払い		

お申込法人情報	フリガナ				印
	貴法人名				
	フリガナ				
	ご住所	(〒 -) 都道 市 府県 区郡			
	1. 責任者名	部署		役職	
フリガナ			TEL		
お名前		様	FAX		
E-Mail (必須)		※弊社からの重要なお知らせに利用いたしますので必ずご記入ください。			

※窓口ご担当者様に ID・パスワード 各種資料の送付、お問い合わせをさせていただきます。

お申込施設情報	フリガナ			
	貴施設名			
	フリガナ			
	ご住所	(〒 -) 都道 市 府県 区郡		
	2. 窓口ご担当者名	部署		役職
フリガナ			TEL	
お名前		様	FAX	
E-Mail (必須)				

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 1. 責任者と同じ <input type="checkbox"/> 2. 窓口ご担当者と同じ <input type="checkbox"/> 3. 下記の請求書ご担当者へ			
	フリガナ	※請求書に記載する宛名が、お申込法人と異なる場合のみご記入ください。		
	宛名			
	フリガナ			
	ご住所	(〒 -) 都道 市 府県 区郡		
3. 請求書ご担当者名	部署		役職	
	フリガナ		TEL	
	お名前	様	FAX	

gMeds 記入欄 (以下の欄には記入しないでください)

HAL			LMS			管理部			受付日 / /
/	/	/	/	/	/	/	/	/	顧客No. _____

【学研介護サポートのサービスに関する規定】

1. 毎年3月がご契約最終月となります。契約更新をしない旨のご連絡が無い場合は、1年間の自動更新となります。
2. 新規お申し込みの場合、申込書到着後、10日以内に「ご利用方法のご案内」「利用規約」等をご案内します。ただし、お申し込みのご予約の時期によって、10日以内にお送り出来ない場合があることを、予めご了承ください。
3. 1施設につき3つ、管理者専用ID・パスワードを発行します。
4. 弊社と契約を締結していない施設や職員に、ID・パスワードを貸与または譲渡等をして、視聴することは固く禁じます。
5. 講義視聴にあたり、インターネット回線に関するトラブルについては、弊社で責任は負いかねることを、予めご了承ください。

【お客様個人情報の取扱いについて】

貴施設より取得させていただく個人情報について、以下の内容で取扱います。

1. 個人情報の利用目的

個人情報の利用目的は、以下のとおりです。

- (1) お申し込み・問い合わせ対応のため
- (2) 教育配信サービス提供のため
- (3) DMならびにサービス内容のご紹介のため
- (4) 商品・サービスの開発・品質向上の調査・研究のため

2. 個人情報の提供

取得させていただく「個人情報」は、第三者に提供はいたしません。

3. 個人情報の外部委託

あらかじめ同意を得た利用目的の範囲内において、必要に応じて厳正に管理された委託先に個人情報の取扱いを委託する場合があります。

4. 取得させていただく内容および任意性について

個人情報をご提供いただくかはお本人様の任意でございますが、この通知文によりご不明な点が解消されず、個人情報をご提供いただけない場合は、サービス提供に不利益を生ずることがあります。

5. 個人情報に関する利用目的の通知・開示・訂正・削除・利用停止について

取得させていただく個人情報に関して利用目的の通知や開示をするよう請求することができます。また万一登録内容に不正確または誤りであることが判明した場合は、当社は速やかに訂正または削除に応じさせていただきます。

当社が当該情報を利用、提供している場合であっても、申込者から中止の申し出があった場合は、それ以降当社での利用、他者への提供を中止する措置をとります。

個人情報の利用目的の通知・開示・訂正・削除のお問い合わせや、利用・提供中止の申し出等に関しましては、以下にご連絡ください。

株式会社学研メディカルサポート 個人情報お問い合わせ窓口 電話番号：03-6431-1228（平日9：00～18：00）

6. 当社の個人情報保護管理者

当社の個人情報保護管理者は、以下のとおりです。

株式会社学研メディカルサポート 個人情報保護管理者 / 管理部 取締役



学研メディカルサポートは個人情報の取扱いを適切に行う企業としてプライバシーマークの使用を認められた認定事業者です。

※プライバシーマーク制度は、日本工業規格「JIS Q 15001 個人情報保護マネジメントシステム—要求事項」に適合して、個人情報について適切な保護措置を講ずる体制を整備している事業者等を認定して、その旨を示すプライバシーマークを付与し、事業活動に関してプライバシーマークの使用を認める制度です。

お問い合わせ **株式会社 学研メディカルサポート**
〒141-8414 東京都品川区西五反田 2-11-8 電話：03-6431-1228（平日9：00～18：00）
介護 2015-1