

学研訪問看護サポート申込書

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、「お客様個人情報の取扱いについて（裏面）」「各サービスに関する規定（裏面）」「利用規約（弊社ホームページ【https://gakken-meds.jp/_data/apply/HKS_kiyaku.pdf】）」（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上、下の口をチェック（✓）を入れてください。

規約等に同意の上、申し込みます。

2018-7 (2018.7.14)

※太枠内すべてにご記入ください。該当する項目の口をチェック（✓）を入れてください。

お申込日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規
サービス開始希望月	年 月	<input type="checkbox"/> 契約病院 (学研メディカルサポートの他のサービスを既にご利用中の場合は、お申込施設欄のみご記入ください)
お支払方法	<input type="checkbox"/> 一括払い <input type="checkbox"/> 月払い	サービス開始月の月末に請求書をご郵送致します。請求月の翌月末日までに指定銀行口座へお振込ください。
学研訪問看護サポート (1施設3ID発行)		9,000 円/月

お申込施設	フリガナ 貴施設名				印
	フリガナ ご住所	(〒 -)			
	責任者名	部署		役職	
		フリガナ		TEL	
		お名前		FAX	
E-Mail (必須)	様			※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	※ 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。				
	<input type="checkbox"/> 上記の責任者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の窓口ご担当者へ				
	フリガナ 貴施設名				
	フリガナ ご住所	(〒 -)			
	窓口 ご担当者名	部署		役職	
フリガナ			TEL		
お名前			FAX		
E-Mail (必須)	様				

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記の責任者と同じ <input type="checkbox"/> 上記の窓口ご担当者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の請求書ご担当者へ				
	フリガナ 宛名	※お申込施設と異なる場合のみご記入ください。			
	フリガナ ご住所	(〒 -)			
	請求書 ご担当者名	部署		役職	
		フリガナ		TEL	
お名前			FAX		
様					

【お問い合わせはこちら】株式会社 学研メディカルサポート TEL:03-6431-1228 (平日 9:00~18:00)

※質問、請求書発行に関してのご要望などございましたらご記入ください。

HAL	LMS	管理部	受付日	/ /
/	/	/	顧客 NO	

【学研訪問看護サポートのサービスに関する規定】

1. ご契約月から年度末までの年度契約となります。年度途中での解約はできませんのでご了承下さい。契約期間満了の1か月前までに、お客様より書面にて、本サービスの利用中止のお申し出の無い限り、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」等をお送りいたします。ただし、お申し込みの時期によって、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. 契約締結後、1施設につき3つ、「ログイン用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に、ログイン用ID・パスワードの貸与または譲渡等を行い、視聴させ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、弊社では責任を負いかねることを、予めご了承ください。

【お客様個人情報の取扱いについて】

貴施設から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・お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

上記1.の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

個人情報のご提供はお客様の任意でございますが、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、提供中止、追加について

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、万が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、お客様から中止のお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・追加のお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。

管理部 個人情報保護管理者



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）