

株式会社BiPSEE 行

FAX: (03) 4586-7035

「BiPSEE医療XR」レンタルサービス 申込書

* 本書にて「BiPSEE医療XRレンタルサービス」のお申込みとなりますので、記入漏れや誤りがないようにご注意ください。

* 該当する口に、✓を記入してください。

申込日		年	月	日	
利用契約者情報 (請求書送付先)	利用契約者名称	フリガナ			
	住所	〒 *ビル名・フロア・部屋番号までご記入ください			
	代表者	<input checked="" type="checkbox"/> BiPSEE医療XRレンタルサービス利用規約を確認し、理解しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 貴社プライバシーポリシーを確認し、理解しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 以上の利用規約及びプライバシーポリシーに同意の上、以下の内容にて申し込みます。			
		フリガナ (姓)	フリガナ (名)	押印 印	
	担当者	フリガナ (姓)	フリガナ (名)		
	所属	職種: <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他			
	連絡先	Tel:			
E-mail: @					

利用施設情報 及び サービス利用者	利用施設	<input type="checkbox"/> 上記利用契約者と同じ、 <input type="checkbox"/> 上記利用契約者と異なる⇒以下をご記入ください。			
	住所	〒 *ビル名・フロア・部屋番号までご記入ください			
	担当者	フリガナ (姓)	フリガナ (名)	押印 印	
		所属	職種: <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他		
	連絡先	Tel:			
E-mail: @					

申込内容	基本サービス	<input type="checkbox"/> 年額プラン _____ セット		
		<input type="checkbox"/> 年額プラン(サービス開始キャンペーン) _____ セット		
		<input type="checkbox"/> 月額プラン _____ セット		
追加シーン	<input type="checkbox"/> お菓子の国 <input type="checkbox"/> 縁日 <input type="checkbox"/> 海辺			
	<input type="checkbox"/> 動物の国 <input type="checkbox"/> 不思議の世界			
* 複数セットお申込みの場合、追加シーンは全セットに追加となります。 * セット毎に追加シーンを変えたい場合は、お問い合わせメールアドレスまでご連絡ください。				

お問い合わせ	株式会社 BiPSEE bipsee.vr@gmail.com
--------	---------------------------------