

メディカルアスクール専用登録用紙 (AG経由用)

枠内に楷書で正しく
ご記入ください

- 当用紙は、販売店が提示する「メディカルアスクールご利用規約」をご一読いただき、ご同意の上でご記入ください。
- 登録は、医療法に定められた医療機関（病院・診療所・飼育動物病院診療施設）のみとさせていただきます。
- 当用紙はコンピュータで処理するため、枠外の文字は読み取れません。

必要事項をご記入の上、下記アスクール担当販売店へFAX願います。

お申込年月日

286

年 月 日

ご登録電話番号

※左詰めでハイフン（-）もひとマスに入れ市外局番よりご記入ください。
フリーダイヤル、携帯電話でのご登録はできません。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX番号

※左詰めでハイフン（-）もひとマスに入れ市外局番よりご記入ください。
必ずFAX番号もご記入ください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※フリガナを必ずご記入ください。お届け先（ご登録先）のご住所を、手書き、楷書で正しくご記入ください。

フリガナ		フリガナ	
施設名 (30文字)		開設者名 (10文字)	
フリガナ		フリガナ	
部署名 (20文字)		ご担当者名 (10文字)	
郵便番号		都道府県	市区郡
町名 (14文字)		丁目・番地 (12文字)	
ビル名 (20文字)			

業種

下記よりお選びいただき、該当する
数字をご記入ください。

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. 診療所(無床) | 6. 歯科診療所 |
| 2. 診療所(有床) | 7. 飼育動物診療施設 |
| 3. 病院(20~199床) | |
| 4. 病院(200~499床) | |
| 5. 病院(500床以上) | |

ご利用人数

(右詰でご記入ください)

人

お支払方法

右記のどちらかをお選びいただき、
✓印をご記入ください。

 銀行振込

 郵便局/
コンビニ
支払い

(ご記入がない場合は銀行振込となります)

※便利でお得な口座自動振替(手数料無料)
によるお支払いをご希望の場合は、後日申込
書をお送りしますので、右記口欄に✓印をご
記入ください。
翌月27日の引落としとなります。

希望します

※今回のお支払は
銀行振込もしくは
郵便局/コンビニ
支払いとなります。

AGコード

7	7	7	0	2	4	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

アスクール担当販売店名

(株)マツオメディカル
〒336-0033
さいたま市南区曲本2-11-25
FAX: 048-866-8661

アスクール使用欄

現地確認

証明書類取得

公的な情報に基づいた名
簿またはインターネット

保健所などに電話で確認

AG入れ

--	--

新規登録FAX用紙 (AG専用)

太枠内は必ずご記入ください

- 当用紙は、お客様に「アスクルご利用規約」をご一読いただき、同意を得た上でご利用ください。
- 左下のAGコードとAG社名欄を、必ずご記入ください。
- 当用紙はコンピュータで処理するため、枠外の文字は読み取れませんのでご注意ください。

お申込年月日

273

年 月 日

ご登録電話番号

※左詰めでハイフン（-）もひとマスに入れ市外局番よりご記入ください。フリーダイヤル、携帯電話のご登録はできません。

FAX番号

※左詰めでハイフン（-）もひとマスに入れ市外局番よりご記入ください。必ずFAX番号もご記入ください。

A - 11 - 001

Eメールアドレス

_____@_____

◆登録完了時に、アスクルインターネットショップ (http://www.askul.co.jp/) をご利用いただけるログインIDとパスワードを発行しお知らせします。ご希望でないお客様は、右記欄に/印をご記入ください。

希望しません

※フリガナを必ずご記入ください。お届け先（ご登録先）のご住所を、手書き、複写で正しくご記入ください。

フリガナ

フリガナ

会社名
(30文字)

責任者名
(10文字)

フリガナ

フリガナ

部署名
(20文字)

ご担当者名
(10文字)

郵便番号

____-____

都道府県

市区郡

町名
(14文字)

丁目・番地
(12文字)

ビル名
(20文字)

■ご利用人数

(右詰でご記入ください)

____人

■業種

下記よりお選びいただき、該当する数字をご記入ください。(右詰でご記入ください)

- | | | |
|------------------|----------------------|-------------------|
| 1. 医療/福祉/メディカル関係 | 8. IT/コンピューター/Web関係 | 15. 旅行/ホテル/レジャー関係 |
| 2. 運輸/倉庫/物流/交通関係 | 9. 広告/出版/印刷/DTP関係 | 16. メンテナンス/警備関係 |
| 3. 金融/保険関係 | 10. 放送/通話/情報サービス関係 | 17. ファイル/ファッション関係 |
| 4. 不動産/建設/設備関係 | 11. 流通/外食/サービス関係 | 18. 農林水産業関係 |
| 5. 製造/メーカー関係 | 12. 会計/法律関係 | 19. 行政/公共関係 |
| 6. 商社/貿易関係 | 13. 企画/コンサルティング関係 | 9999. その他 |
| 7. 小売業関係 | 14. 人材/教育/インストラクター関係 | |

■AGコード

041042 001

■AG社名

(株)マツオメディカル
〒336-0033
さいたま市南区曲本2-11-25
FAX : 048-866-8661

■ご請求締切日

右記のどちらかをお選びいただき、✓印をご記入ください。

10日締め
当月25日
お支払い

月末締め
翌月15日
お支払い

(ご記入がない場合は10日締めとなります)

■お支払方法

右記のどちらかをお選びいただき、✓印をご記入ください。

銀行振込

郵便局/
コンビニ
支払い

(ご記入がない場合は銀行振込となります)

■銀行口座

01 02 03

振込先口座を右記からお選びいただき、✓印をご記入ください。(ご記入がない場合は「01」の口座となります)
※銀行口座につきましては、Web-AGSでご確認ください。

※便利でお得な口座自動振替(手数料無料)によるお支払いをご希望の場合は、後日申込書をお送りしますので、右記欄に✓印をご記入ください。
10日締めは当月27日引き落とし、月末締めは翌月27日の引落しとなります。

希望します
※今回のお支払は銀行振込もしくは郵便局/コンビニ支払いとなります。

■請求書送付先

(チェックがない場合はお客様へ送付となります)

AG入れ

■与信限度額

1,000円~99,000円までご設定いただけます。(ご記入がない場合は、30,000円となります)

____, 000円

FAX 0120-345-417