

# 『日介協ネット』 ウィズカウネット登録申込用紙

登録法人名:日介協ネット

株式会社キングラン・メディケア 宛

ご紹介を受けた事業所様の情報をご記入ください。

紹介元	お客様ID※ウィズカウネットへログインする際の8桁のID	事業所名	担当者
-----	------------------------------	------	-----

〈ご登録内容・商品お届け先〉 ※全て記入必須項目となります。

お申込年月日	年 月 日	日介協会会員番号	
(フリガナ)			
法人名			
(フリガナ)			
事業所名			
郵便番号	〒(      —      )		
住所			
電話番号	(      )      —		
FAX番号	(      )      —		
所属部署名			
(フリガナ)			
ご担当者名			
E-mailアドレス		@	

〈ご請求書送付先〉 ※上記商品お届け先と違う場合にはご記入ください。

郵便番号	〒(      —      )		
住所			
電話番号	(      )      —		
FAX番号	(      )      —		
所属部署名			
(フリガナ)			
ご担当者名			

※枠内は必須項目となっております。ご記入後この用紙を上記FAX番号までご返送ください。

※登録申込用紙を頂き次第、ご記入頂いたE-mailアドレスに、ログインURL・ID・パスワードをご連絡させていただきます。

※お支払い方法は「銀行振込」です。「毎月20日締め、翌月20日払い」となります。ご請求書に記載された指定口座振込となります。

(振込手数料はお客様負担です。)

※ご登録・ご利用の際の代表名は『日介協ネット』となります。また、ご請求書及び納品書への表示は『日介協ネット貴法人・事業所名』となります。

◆ご不明な点などございましたら、下記までお問合せください。

『ウィズカウネット』取扱販売店

キングラン・メディケア株式会社 営業本部 仕入管理課 担当:腰川 純子

TEL:03-5296-3053 FAX:03-5296-3057 E-mail:j-koshikawa@kingrun.co.jp

FAX  
送信方向

FAX:03-5296-3057