

**取引申請書(病院・施設・団体)**

申請日： 年 月 日

以下の四項目について同意し、取引申請いたします。

- 1) 私の患者、医療関係者もしくは病院その他の医療団体等(以下、「医療関係団体等」という。)または医療関係者等を通じて紹介された患者等に販売することを目的として、商品を購入します。
- 2) 通信販売はおこないません。
- 3) 下記に記載した支払い条件に従って、商品代金の支払いを行います。
- 4) 私が販売した者に対しては、私が責任をもって対処します。

同意者 (登録情報)	病院名・団体名	ふりがな	社印または代表者印	
			㊟	
	代表者名	ふりがな	ご担当者氏名	ふりがな
	<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 助産院 <input type="checkbox"/> その他[ ] <input type="checkbox"/> 鍼灸・柔道整復師関係・整骨治療院 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック			
	ご住所	〒 _____		
	電話番号		FAX番号	
	URL		E-mail	※必ずご記入ください

※ご記入いただいたメールアドレスに弊社からの連絡をお送りしますので、必ずご確認ください。

支払いに関する規約についてご記入ください。(いずれかに☑を入れてください。)

支払い方法	<input type="checkbox"/> 都度払い 納品日より2週間以内にお支払ください。	支払方法 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込(振込人名義： ) ※郵便振替の場合、振替手数料は当社が負担します。 ※銀行振込の場合、振込手数料はご負担願います。 ※手形類は取り扱っておりません。
	<input type="checkbox"/> 締め払い 合計請求書を郵送します。 お支払日に必ずお支払いください。	締め日 日                  お支払日 日 支払方法 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込(振込人名義： ) ※郵便振替の場合、振替手数料は当社が負担します。 ※銀行振込の場合、振込手数料はご負担願います。 ※手形類は取り扱っておりません。

セミナー受講の有無についてご記入ください。

セミナー 受講	<input type="checkbox"/> トコ企画主催 メンテ“カ”upセミナー
	<input type="checkbox"/> トコ・カイロプラクティック学院主催 トコちゃんベルトアドバイザー養成セミナー
	<input type="checkbox"/> その他[ ]

セミナー関連の資格保有者の有無についてご記入ください。

資格保有	<input type="checkbox"/> トコ・カイロプラクティック学院 ・ トコちゃんベルトアドバイザー(                  名)
	<input type="checkbox"/> トコ・カイロプラクティック学院 ・ 2級以上(                  名)