

◇ 日医レセプト（ORCA）システム構築サービスを、お申込みのお客様

Fax した後、郵送でご送付下さい。（Fax の送付は、省略可能です。）

【宛】サイバーメイト CCB ORCA システム構築サービス申し込み担当者宛 【Fax 番号】 06-6863-6301

【住所】 〒561-0852 大阪府豊中市服部本町 1-5-22

## 申 し 込 み 書

サイバーメイト CCB が提供する、日医レセプト（ORCA）システム構築サービスに以下の通り申し込みます。

申 込 者	申し込み年月日	年（西暦） 月 日		
	お名前	印		
	ご住所	〒 -		
	お電話番号		Fax	
	メールアドレス（申込者）			
	メールアドレス（院長 or 医院）			
店 舗 情 報	医療機関名			
	医療機関所在地	〒 -		
	医療機関の電話番号		医療機関の Fax	
	医療機関でのメールアドレス			
	診療科 （○を付けて下さい 複数選択可）	内科 精神科 神経科 神経内科 呼吸器科 消化器科 胃腸科 循環器科 小児科 外科 整形外科 形成外科 美容外科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科 小児外科 皮膚泌尿器科 皮膚科 泌尿器科 性病科 肛門科 産婦人科 産科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 気管食道科 放射線科 麻酔科 心療内科 アレルギー科 リウマチ科 リハビリテーション科		
	診療時間 1	曜日（午前）	～	（午後） ～
	診療時間 2	曜日（午前）	～	（午後） ～
	診療時間 3	曜日（午前）	～	（午後） ～
	定休日			
	ご利用の PC の OS	<input type="checkbox"/> Win2000 <input type="checkbox"/> WinME <input type="checkbox"/> WinXP <input type="checkbox"/> WinVista <input type="checkbox"/> Windows7 <input type="checkbox"/> MacOS9 <input type="checkbox"/> MacOSX		
	インターネットプロバイダー	（ネットワーク回線） <input type="checkbox"/> 光ファイバー <input type="checkbox"/> ADSL <input type="checkbox"/> CATV		
	ルータの有無	有り 無し		
当初のシステム利用者数	日医レセプト（ORCA）システム利用開始時には、 人			
契 約 関 連 情 報	システム利用開始時期	月 旬頃		
	保守サービスのご希望	希望有り 希望無し（10,500 円/月で保守サービスを致します。システムダウン時に復旧します）		
	打ち合わせ希望日	西暦	年 月 日（曜日）	: 頃より
	契約責任者	西暦	年 月 日	
		（ご役職）	（ご署名）	