

『(患者様向け)薬局新聞』配信サービス 申込書

以下の通り、(患者様向け)薬局新聞配信サービスを申し込みます。利用に当たっては、医師または薬剤師の監督の元で患者の状況に応じ適切に利用するとともに、著作権を尊重します。

基本情報	内容	備考
ふりがな		
薬局名称	(最大文字数: 32文字)	* 必須 * 印字○
薬局所在地の郵便番号		* 必須
薬局の所在地		* 必須
電話番号		* 必須 * 印字○
FAX番号		* 必須
e-mail	*フリーメールはご遠慮下さい。	* 必須
ご担当者様		* 必須
ご入金名義		* 必須
ご入金予定日	年 月 日	* 必須
NEXTIT 関連	<input type="checkbox"/> 薬経研会員様 <input type="checkbox"/> 調剤くんをお使いの薬局様 <input type="checkbox"/> 薬剤師グレードアップセミナー会員様	
印字用情報	内容	備考
薬局新聞名称	(最大文字数: 16文字)	* 必須
キャッチフレーズ	(最大文字数: 42文字)	
薬局名称 (左1行目)	基本情報にご記入頂いた薬局名称を印字します。	* 必須
TEL (左2行目)	基本情報にご記入頂いた電話番号を印字します。	* 必須
フリー (左3行目)	(最大文字数: 20文字)	* サンプルの 下方をご確認 の上、印字位置 をご確認下さ い。
フリー (左4行目)	(最大文字数: 20文字)	
フリー (右1行目)	(最大文字数: 20文字)	
フリー (右2行目)	(最大文字数: 20文字)	
フリー (右3行目)	(最大文字数: 20文字)	
フリー (右4行目)	(最大文字数: 20文字)	
ロゴマーク	yakkyoku-news@nextit.co.jp 宛にJPGファイルでお送り下さい。	

* 印字の必要がない場合は空白でご提出下さい(必須項目除く)

ご提供いただいた情報は、(患者様向け)薬局新聞配信サービスの事業運営を目的として使用させていただきますが、当社からセミナー等の商品案内をお送りさせて頂く場合があります。

個人情報に関する問い合わせ窓口電話: 078-393-2151(個人情報担当) e-mail:privacy@nextit.co.jp

■当社管理欄: ご案内担当企業名:(株)ネグジット 総研 ○○薬局新聞事務局

お申し込みありがとうございます。情報の登録完了後確認のため登録内容をメールさせていただきます。