



申込日付： _____ 年 ____ 月 ____ 日

ベンダー試用 申込書

FAX:052-732-8134

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| 登録JPNコード | J P N |
| 認定サポート 事業所番号 | |
| 認定サポート 事業所名 | |
| 認定サポート 事業所住所 | ※本住所は、アクティベーションキーの送付先となります。 |
| 認定サポート 事業所TEL | |
| 認定サポート 事業所FAX | |
| 申込ご担当者 氏名 | |
| 申込ご担当者 ご連絡先TEL | |

■注意事項

1. 試用申し込みで登録できるJPNコードは、各認定サポート事業所ごとに、クラウド環境とオンプレ環境の2件までとなります。
2. オンプレ環境であってもORCAブリッジがインストールされたPCはインターネットに接続されている必要が有ります。

■問合せ先

株式会社ソフトテックス
メディケアソリューション部
ORCAブリッジ係
[TEL:052-731-8499](tel:052-731-8499)
FAX:052-732-8134