



みんなのSBAR購入申込書



お申し込みは……メールに本用紙を添付して、
request-mrm@tokio-mednet.co.jp へ送信してください。

貴施設名:	所属(部署名):
ご担当者名(フリガナ)	e-mailアドレス
お電話番号	FAX
【購入内容】 ■DVD「みんなのSBAR」を（ セット）購入する 代金 4,800円(税別) × () セット = ()円(税別) [送料別※] ※ 送料は、2セットまで360円、3セット以上720円です	
【DVDの送付先】 住所 〒	
施設名、部署名、ご担当者	
【請求書について】 宛名 : ・請求書以外に必要な書類がありましたら(レ)を記入してください。 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 領収書 その他() ・書類作成にあたり、弊社代表者名が必要な場合は(レ)を記入してください。 <input type="checkbox"/> 必要	
DVD「みんなのSBAR」を知ったきっかけを教えてください。該当するものに(レ)を記入してください。 <input type="checkbox"/> インターネットで「SBAR」を検索 <input type="checkbox"/> TMS通信(弊社メルマガ) <input type="checkbox"/> 弊社ホームページを見て <input type="checkbox"/> 弊社研修で紹介 <input type="checkbox"/> その他セミナー等で紹介 <input type="checkbox"/> 他の病院からの紹介 <input type="checkbox"/> 保険会社、代理店からの情報 <input type="checkbox"/> その他()	
ご質問等がありましたら、ご記入ください	
DVDの発送は、年末年始、祝日の場合を除き、金曜日までにお申し込みをいただいた分を翌週水曜日に発送しております。 お問い合わせ：東京海上日動メディカルサービス(株) MRM室 電話 03(6704)4005 平日9時～17時(12時～13時を除く) ※土・日・祝日を除く	
弊社使用欄:	
受付日:	受付番号