

FAX : 025-285-8172

東邦薬品(株) 新潟営業部



2018 年  月  日

2018年6月1日版

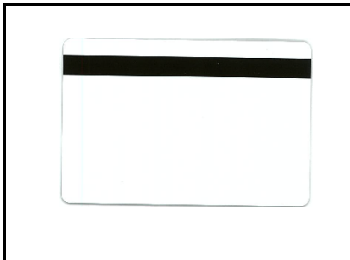

# ENIファーマシー かかりつけ薬局カード 注文書作成シート

※ご記入頂いた内容にて貴薬局様専用の「注文書」を作成いたします。(この用紙では、カードのご注文は頂けません)

貴薬局様専用の「注文書」を作成し、担当者よりお届けさせていただきます。

かかりつけ薬局カードのご注文は、貴薬局様専用の「注文書」に必要事項(枚数、ご記名、ご捺印)をご記入頂き、ご注文をお願いします

## ● カード種別

※	<input type="checkbox"/> 白(無地)カード	・	<input type="checkbox"/> デザインカード
			
白(無地)カード		デザインカード	

## 【お得意先情報】 (※必須項目)

- ① 薬局名 ※  (全角13文字、半角26文字以内)
- ② 通称カナ ※  (半角12文字以内)
- ③ 責任者名 ※  印 (必ずご捺印下さい)
- ④ 電話番号 ※
- ⑤ FAX番号 ※
- ⑥ 住所 ※
- ⑦ 所属薬剤師会名 ※  新潟市薬剤師会  非会員

※営業担当記入欄

営業所名	新潟営業部CS (新潟第一(営))	担当者名	齋藤	印
------	----------------------	------	----	---

※CS営業本部記入欄

2018 年  月  日

### 《個人情報保護について》

- I. 個人の情報を頂く場合は下記の利用目的で使用させていただきます。
- ① ENIファーマシーに登録システム運用を確保するため
  - ② ENIファーマシー使用に伴う連絡のため
- II. ご提供頂いた個人情報は上記の利用目的以外には使用致しません。

CS担当者	CS平和島内容C	注文シート作成C
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

管理No.