

けあ蔵 利用申込書

※複数拠点でのお申し込みの場合は、法人情報は本紙のみにご記入いただき、1つの事業所情報は本紙に、他事業所の情報は別紙をご使用下さい。

【法人情報】

お申込日 平成 年 月 日

フリガナ			フリガナ			印
【必須】 法人名			【必須】 代表者氏名			
フリガナ						市 区 町 村
〒			都 道 府 県			
【必須】 所在地						※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください
【必須】 電話番号			FAX	●任意項目		
担当者氏名	<input type="checkbox"/> 代表者と同じ	※別の方の場合はこちらにご記入下さい		担当者電話番号	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	※別の番号の場合はこちらにご記入下さい
担当者 E-mail	_____@_____		今回お申し込みの事業所数		※お申し込みの総拠点数をご記入下さい	

【事業所情報】 ※複数の他拠点がある場合は別紙をご使用下さい

フリガナ			【必須】 事業者番号 ※10桁			
フリガナ			【必須】 担当者 E-mail	同上 _____@_____		
【必須】 担当者電話番号	同上		部署名	●任意項目	役職	●任意項目
フリガナ						市 区 町 村
〒			都 道 府 県			
【必須】 所在地						※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください
同上						

【請求書送付先情報】

※サービスご利用にあたり、お支払い方法は口座振替となりますが、口座設定まで期間を要する場合には、請求書を発行致します。その際に請求書を送付する宛先をご記入願います。

フリガナ						市 区 町 村
〒			都 道 府 県			
【必須】 請求書送付先						※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください
同上						
フリガナ			【必須】 請求担当者 電話番号	同上		
【必須】 請求担当者名	同上		【必須】 請求担当者 E-mail	同上 _____@_____		

裏面へ続く 

【利用規約について】

けあ蔵を申し込むにあたり、利用規約を確認し申し込みを致します。また、利用規約に同意致します。

※同意の場合は必ず右記、同意欄に○を記入して下さい。○がない場合は、本申し込みは無効となります。

同意欄
同意します

【申し込み情報】

【必須】 利用サービス	国保連伝送代行			申し込み
	居宅介護支援	申し込み	訪問介護	申し込み
	居宅療養管理指導	申し込み	通所介護(認知症対応型)	申し込み
	通所リハビリテーション	申し込み	訪問リハビリテーション	申し込み
	福祉用具貸与	申し込み	特定施設入居者生活介護	申し込み
	訪問入浴	申し込み	訪問看護	申し込み
	認知症対応型共同生活	申し込み	小規模多機能型居宅介護	申し込み
●任意 現在導入中の 介護ソフト ※複数回答可		●任意 現在利用中の 介護ソフトメーカー ※複数回答可		

備考欄

無料期間: 201 年 月 月分
 正規利用: 201 年 月~

■利用申込書の返信について■

本利用申込書については、到着後必要事項をご記入頂き、同封の封筒をご利用頂き、速やかに当社へご返信頂けますようお願い致します。

■お問い合わせ先について

【けあ蔵サポートセンター連絡先について】

けあ蔵のお申し込みやご利用についてのご質問などは、当社サポートセンターまでお問い合わせ下さい。

問合せフリーコール0077-785-785(無料)

なお、携帯電話・PHSの方は、03-6327-1785(有料)までおかけ下さい。

【営業時間について】

◆営業時間 平日 9:00~17:30 (土日祝日・当社指定日を除く)

弊社 使用 欄	受領日	原本	DA	JN	FA	ET	GK
	201 / /	枚	営・直				
	法人ID						
	拠点ID						

【事業所情報】②

フリガナ 【必須】 事業所名					【必須】 事業者番号 ※10桁				
フリガナ 【必須】 担当者氏名					【必須】 担当者 E-mail	_____@_____			
【必須】 担当者電話番号					部署名	●任意項目	役職	●任意項目	
フリガナ 【必須】 所在地	〒 _____ - _____				都 道 府 県		市 区 町 村		
※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください									

【請求書送付先情報】

※サービスご利用にあたり、お支払い方法は口座振替となりますが、口座設定まで期間を要する場合には、請求書を発行致します。
その際に請求書を送付する宛先をご記入願います。

フリガナ 【必須】 請求書送付先	〒 _____				都 道 府 県		市 区 町 村		
※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください									
フリガナ 【必須】 請求担当者名					【必須】 請求担当者 電話番号				
					【必須】 請求担当者 E-mail	_____@_____			

【申し込み情報】

国保連伝送代行					申し込み	
【必須】 利用サービス	居宅介護支援	申し込み	訪問介護		申し込み	
	居宅療養管理指導	申し込み	通所介護(認知症対応型)		申し込み	
	通所リハビリテーション	申し込み	訪問リハビリテーション		申し込み	
	福祉用具貸与	申し込み	特定施設入居者生活介護		申し込み	
	訪問入浴	申し込み	訪問看護		申し込み	
	認知症対応型共同生活	申し込み	小規模多機能型居宅介護		申し込み	
●任意 現在導入中の 介護ソフト ※複数回答可				●任意 現在利用中の 介護ソフトメーカー ※複数回答可		

【利用規約について】

けあ蔵を申し込むにあたり、利用規約を確認し申し込みを致します。また、利用規約に同意致します。

※同意の場合は必ず右記、同意欄に○を記入して下さい。○がない場合は、本申し込みは無効となります。

同意欄
同意します

【事業所情報】③

フリガナ 【必須】 事業所名		【必須】 事業者番号 ※10桁			
フリガナ 【必須】 担当者氏名		【必須】 担当者 E-mail	_____@_____		
【必須】 担当者電話番号		部署名	●任意項目	役職	●任意項目
フリガナ 【必須】 所在地	〒 _____ - _____		都 道 府 県	市 区 町 村	
※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください					

【請求書送付先情報】

※サービスご利用にあたり、お支払い方法は口座振替となりますが、口座設定まで期間を要する場合には、請求書を発行致します。その際に請求書を送付する宛先をご記入願います。

フリガナ 【必須】 請求書送付先	〒 _____ - _____		都 道 府 県	市 区 町 村	
※アパート・マンションの場合は、各称・号棟・室番号までご記入ください					
フリガナ 【必須】 請求担当者名		【必須】 請求担当者 電話番号		【必須】 請求担当者 E-mail	_____@_____

【申し込み情報】

【必須】 利用サービス	国保連伝送代行				申し込み
	居宅介護支援	申し込み	訪問介護	申し込み	
	居宅療養管理指導	申し込み	通所介護(認知症対応型)	申し込み	
	通所リハビリテーション	申し込み	訪問リハビリテーション	申し込み	
	福祉用具貸与	申し込み	特定施設入居者生活介護	申し込み	
	訪問入浴	申し込み	訪問看護	申し込み	
	認知症対応型共同生活	申し込み	小規模多機能型居宅介護	申し込み	
●任意 現在導入中の 介護ソフト ※複数回答可		●任意 現在利用中の 介護ソフトメーカー ※複数回答可			

【利用規約について】

けあ蔵を申し込むにあたり、利用規約を確認し申し込みを致します。また、利用規約に同意致します。

※同意の場合は必ず右記、同意欄に○を記入して下さい。○がない場合は、本申し込みは無効となります。

同意欄
同意します