

申込日 年 月 日

株式会社 **メディング** 宛  
Fax:(088) 692-7333

## Meding OnLine 代理店様向け申込書

当申込書は、Meding On Line をご利用いただくための申込書です。  
下記1～3にご記入の上、当社営業担当へお渡しいただくかFAXにて送付をお願い申し上げます。  
数日中に、ご利用頂くための情報をご連絡させていただきます。

下記の者が情報閲覧権限を持つ者と認め  
Meding Online利用規約に同意し申し込みます。

### 1, 貴社名

貴社名： \_\_\_\_\_ (印)

営業所名： \_\_\_\_\_

### 2, 連絡先

住 所： \_\_\_\_\_

T E L： \_\_\_\_\_

F A X： \_\_\_\_\_

### 3, ご担当者 ※E-mail アドレスは必ずご記入下さい

部 署： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

T E L： \_\_\_\_\_

F A X： \_\_\_\_\_

### ◇◇以下、メディング使用欄◇◇

受 付 日： \_\_\_\_\_

ユーザーID： \_\_\_\_\_

初期パスワード： \_\_\_\_\_

承認	承認	担当