

# QIXホームケア 病院登録申込書 (FAX送信先: 042-860-7463)



※□に✓を入れてください  
 下記、必要事項に記入、確認しました  
 QIXホームケア利用規約を確認、同意しました

ホームケアWEB,利用規約はこちらから [http://www.qix.co.jp/qix\\_homecare/](http://www.qix.co.jp/qix_homecare/) 申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ		フリガナ	
貴院名		院長名	<input type="checkbox"/> QIXプロフェッショナルメンバーズ登録済
住所	〒		
電話番号		フリガナ	
FAX		担当者名	
メールアドレス			

本サービスの案内代理店様をチェックしてください (お取引のある会社様から1社指定してください)	<input type="checkbox"/>	アグロジャパン	<input type="checkbox"/>	アスコ(中日本・西日本)
	<input type="checkbox"/>	北垣薬品	<input type="checkbox"/>	サンダイコー
	<input type="checkbox"/>	森久保薬品	<input type="checkbox"/>	指定なし

金融機関名					銀行コード(4桁)				
支店名					支店コード(3桁)				
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通				<input type="checkbox"/> 当座				
口座番号(7桁)									
口座名義(カナ)	※口座情報通り正確に記載してください。								
【形式】	病院で処方/推奨いただいた商品と飼い主様情報を別途専用注文書にご記入後、QIXへFAX				【病院様紹介料お支払月】				
【発送】	飼い主様へ直送で定期配送				※以下から希望される振込月パターンを選択してください				
【対象製品】	QIX製品				<input type="checkbox"/> に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> A. 1月 / 4月 / 7月 / 10月			
【紹介料】	飼い主様購入価格×20% ※累計1万円以上でのお振込になります。					<input type="checkbox"/> B. 2月 / 5月 / 8月 / 11月			
						<input type="checkbox"/> C. 3月 / 6月 / 9月 / 12月			

※振込月の前月から3か月間の合計額をお支払いします

お申込みに関するお問合せ

<b>株式会社QIX (ホームケア担当)</b> 〒194-0021 東京都町田市中町1丁目16番3号  TEL 042-860-6871(専用ダイヤル) FAX 042-860-7463	案内代理店:   担当者:
--	------------------------