

# REHABILITATION VIEW

## 【無料トライアル(試用)】申込書

- ・本申込書は、REHABILITATION VIEWの無料トライアル申込書です。無料トライアルの期間は、開始日より2カ月を基本とさせていただきます。
- ・下記の必要事項をご記入の上、本申込書をお取引のある書店へお渡しください。その便宜がない場合は弊社へ直接お申込みください。  
(マジカルビュー社FAX送信先: 03-5228-2059)
- ・本申込書が弊社に到着次第、アクセス方法をEメールでご案内いたしますので、Eメールアドレスは必ずご記入ください。
- ・ご利用方法等をご質問・ご相談させていただく場合がございますので、予めご了承ください。
- ・トライアルの場合でも「REHABILITATION VIEW契約法人内の管理者用利用規約」の内容に同意が必要ですので、「同意します」にチェックを入れてください。  
同意いただけない場合はご利用になれませんので予めご了承ください。
- ・教育機関がお申込の場合の同時ログイン数は、下記にご記入いただいた1学年定員の2倍の数で設定いたします。

利用規約に  同意します

お申込日 年 月 日

トライアル開始希望日	年 月 日		
お客様情報	法人・機関名	フリガナ	
	代表者氏名・役職	フリガナ	役職
	ご住所	〒	
ご担当者様	ご担当者氏名・ご所属	フリガナ	ご所属
	TEL/FAX	TEL	FAX
	Eメールアドレス	@	
施設・認証方法等の情報	1) 施設種別	<input type="checkbox"/> 大学・短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 病院 (病床数 床)	
	上記1) が大学・短大・専門学校の場合	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 ( 人) <input type="checkbox"/> 作業療法学科 ( 人) <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科 ( 人)	
	2) 1学年定員		
	3) 認証方法	<input type="checkbox"/> IPアドレス認証 <input type="checkbox"/> ID/パスワード認証	
	上記3) がIPアドレス認証の場合	<input type="checkbox"/> 別途ID/パスワードを希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
4) 別途ID/パスワードのご希望	※IPアドレス認証のネットワーク外からのアクセス用として1つのID/パスワードの発行が可能です		
上記3) がIPアドレス認証の場合			
5) IPアドレス (複数の場合、カンマで区切ってください)			

※IPアドレス認証の場合は、施設のグローバルIPアドレスをご記入ください (ご不明の場合はネットワーク管理者の方にご確認ください)

### ■書店様へ

お客様より本申込書をお受け取りになりましたら、下記の必要事項をご記入の上、弊社宛に FAXをお送りいただきますようお願い申し上げます。  
マジカルビュー社 FAX送信先: 03-5228-2059

書店名			
住所	〒		
TEL/FAX	TEL	FAX	
ご担当者名			
Eメールアドレス	@		