有限会社青葉御中

取引申請書（病院・施設・団体）

申請日：平成　　年　　月　　日

以下の四項目について同意し、取引申請いたします。

1）私の患者、医療関係者もしくは病院その他の医療団体等（以下、「医療関係団体等」という。）
または医療関係者等を通じて紹介された患者等に販売することを目的として、商品を購入します。

2）通信販売はおこないません。

3）下記に記載した支払い条件に従って、商品代金の支払いを行います。

4）私が販売した者に対しては、私が責任をもって対処します。

同意者（登録情報）	病院名・団体名	ふりがな		社印または代表者印
				㊞
	代表者名	ふりがな	ご担当者氏名	ふりがな
	□産婦人科　□婦人科　□整形外科　□助産院　□その他[　　] □鍼灸・柔道整復師関係　整骨治療院　□カイロプラクティック			
	ご住所	〒　　－		
	電話番号		FAX番号	
	URL		E-mail	

支払いに関する規約についてご記入ください。（いずれかに☑を入れてください。）

支払い方法	□都度払い 納品日より1か月以内にお支払ください。	支払方法　□郵便振替　□銀行振込	
		※郵便振替の場合、振替手数料は当社が負担します。 ※銀行振込の場合、振込手数料は**ご負担願います**。 ※手形類は取り扱っておりません。	
	□締め払い 合計請求書を郵送します。 締め日より1か月以内にお支払いください。	締め日　　日	お支払日　　日
		支払方法　□郵便振替　□銀行振込（**お振込名**：　　）	
		※郵便振替の場合、振替手数料は当社が負担します。 ※銀行振込の場合、振込手数料は**ご負担願います**。 ※手形類は取り扱っておりません。	

セミナー受講の有無についてご記入ください。

セミナー受講	□トコ企画主催　メンテ“カ”upセミナー
	□トコ・カイロプラクティック学院主催　トコちゃんベルトアドバイザー養成セミナー
	□その他[　　]

セミナー関連の資格保有者の有無についてご記入ください。

資格保有	□トコ・カイロプラクティック学院　・　トコちゃんベルトアドバイザー（　　名）
	□トコ・カイロプラクティック学院　・　2級以上（　　名）