

コンバートサービス依頼書

株式会社レセドットコム行
 FAX 06-6946-6872 E-MAIL info@rezeden.com

記入日 年 月 日

希望項目	コンバートサービス作業依頼	コンバートサービス見積り依頼
変換前機種	メーカー() 機種名()	
希望対象 マスタ	患者属性及び患者保険 患者病名	
変換後形式	E-MAIL CD-ROM その他()	
変換前マスタ 当社到着日	年 月 日()	
変換後マスタ 納品希望日	年 月 日()	
本稼働日	年 月 日()	
医療機関情報	ふりがな	
	医療機関名	
	医療機関電話番号	
医療機関規模	無床診療所 有床診療所/単科病院 総合病院	
以下依頼元弊社様についてご記入下さい。		
ふりがな		
弊社様名		
ふりがな		
弊社様住所	〒	
TEL	() -	FAX () -
E - Mail		
希望連絡方法	TEL FAX E - Mail	
通信欄		