

# かんたん介護ソフト 加入申込書

福祉ソフト株式会社 殿 FAX 0120-76-7346

下記の通り、かんたん介護ソフトを申し込みます

申込日	平成 年 月 日
無料お試しセットの 会員番号	
事業者名 住所 電話番号	
担当者名	

○お知らせ

1. 無料お試しで使用した会員番号、パスワード、入力済みデータはそのまま引き続きご利用頂けます。
2. 無料お試し期間が終わる前に申込まれても、利用料金が発生するのはその期間が終わってからですのでムダになりません。
3. 利用料は月額9,800円（税抜き）です。
4. 利用料は口座振替で頂戴します。
5. 振替日は翌月の27日です。その日が休日の時は、翌営業日です。
6. 口座振替依頼書をお送り致しますので、記入、捺印してご返送ください。
7. 無料お試し期間が終了した月が利用開始月となります。
8. 利用開始月が1ヵ月に満たない場合は、日額¥316（税抜き）で日割計算し、翌月分と合算して請求させて頂きます。

弊社使用欄			
受付	口振	管理T	確認