

FAX 送付先: 078-304-5964

株式会社ニチイ学館

医療機関・調剤薬局向けホームページ制作サービス MediClips 申込用紙

■プラン詳細

プラン名	作成業務	管理業務	更新業務※	契約期間	詳細
スタンダードプラン	○	○	毎月	1年間	毎月更新が可能なプラン。 積極的に情報発信したい方向け。
ライトプラン	○	○	契約更新時のみ (1年に一回)	1年間	更新をあまりしない方向けプラン。 月額管理更新費用なしで開始できます。

※ 更新業務・・・ホームページへのアップロード作業のみ当社で実施させていただきます。

■申込内容

申込日	年 月 日	当社との取引の有無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
貴院名・法人名	(印)		
担当者名			
ご住所	〒 [][] - [][][][]		
お電話番号		FAX番号	
掲載開始希望日		ホームページ開設の有無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
ご希望プラン	スタンダードプラン / ライトプラン		
ご希望のデザイン タイプ	レスポンス デザイン版 / WP デザイン版		
ご希望デザイン (WP版デザインご希望の方のみ選択ください)	<input type="checkbox"/> POP / <input type="checkbox"/> STANDARD / <input type="checkbox"/> CLASSIC		
ご希望カラー	<input type="checkbox"/> ウォーム (暖色) / <input type="checkbox"/> パステル (緑色) / <input type="checkbox"/> クール (寒色) / <input type="checkbox"/> その他※		
※その他を選択された方は色の名前をお教えてください。	色の名前をご記入ください		
有料オプション	<input type="checkbox"/> スマートフォンサイト制作 (WP版のみ制作) <input type="checkbox"/> 問い合わせページ (SSL対応: 独自ドメインのみ対応) <input type="checkbox"/> 追加ページ (ページ)		

■サーバについて 希望するドメインにチェックと下記の () 内に希望ドメイン名をご記入ください

独自ドメイン希望

web-cloverドメイン希望

	希望するドメインを第3希望までご記入ください	希望するweb-cloverドメインを第3希望までご記入ください
1	http://www. () .com .jp .net	http://www.web-clover.net/ ()
2	http://www. () .com .jp .net	http://www.web-clover.net/ ()
3	http://www. () .com .jp .net	http://www.web-clover.net/ ()
例	(例) http://www. (nichiiclinic) .com .jp .net	(例) http://www.web-clover.net/ (nichiiclinic)

【注意事項】

1. お持ちのサーバ/ドメインを使用し、MediClipsをご利用される方は別途ご相談させていただきます。
別途サーバ等調査等が必要になるため、下段の申込書送付先・お問い合わせ先までご連絡ください。
なお、サーバ調査結果次第ではご希望に応えかねる場合があることをご了承ください。
2. ドメインに使用できない文字・・・大文字の英字、「.」(ドット)、記号「/」「_」「&」「¥」「%」「☆」等

※ 記載後は当用紙をFAXでお送りください。

※ ご記入いただいた個人情報、お問合せの対応や契約の履行など、業務上の連絡を目的とした用途以外には利用いたしません。

■申込書送付先・お問い合わせ先

株式会社ニチイ学館 神戸ポートアイランドセンター
 基幹事業統轄本部 医療関連事業本部 経営支援管理部 医療経営情報センター
 TEL : 078-304-5993 兵庫県神戸市中央区港町南島7-1-5
 FAX : 078-304-5964 〒650-0047