患者アウトカム用語集　Basic Outcome Master(BOM)　 Version 2025

ご注文書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み施設名 |  |
| 施設長名 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご担当者部署 |  |
| 会員 | □法人会員　　　□個人会員　　　□非会員 |
| ご住所 | 〒 |
| TEL／FAX |  |
| E-Mail（必須） |  |
| 使用する施設名 |  |
| 必要書類 | □見積書　　　　　　□請求書　　　　　　□納品書  ※ご希望される項目にチェックを入れてください。 |
| 備考 | ※何かご希望があればご記入ください。 |

　　　　※上記全てご記入下さい。空欄の場合にはご注文をお受けできない場合もございます。

誓　約　書

本品購入にあたり、以下の項目の順守事項について確認いただき、ご署名をお願いいたします。

１）上記に記載の「使用する施設」以外での使用を禁ずる。

２）他施設への譲渡を禁ずる。

３）本品購入施設として、学会ホームページへの施設名公開を受諾する。

４）使用許諾書を確認する。

平成　　年　　月　　日

ご　所　属：

ご担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ご連絡先：一般社団法人 日本クリニカルパス学会

〒104-0033東京都中央区新川一丁目28番23号

東京ダイヤビルディング5号館9階 （株）エム・シー・アイ内

TEL：03-6367-6226 FAX：03-6367-6235

jscp-admin@umin.ac.jp