

「おくすり手帳Link」サービス契約 新規申込書 <記入例>

以下のとおり、「おくすり手帳Link」薬局向けサービスの利用を申し込みます。
また、申し込みにあたり、本申込書と併せて「薬局開設許可証（写し）」を提出します。
なお、本契約申込書により届け出た会社名、所在地、電話番号、請求書送付先、登録薬局数に変更があった際は、速やかにその旨を株式会社NTTドコモ所定の変更届出書にて届け出るものとします。

☒ 利用規約を承諾（※別添の『「おくすり手帳Link」薬局向けサービス利用規約』を確認し、承諾後にチェックしてください。）

①ご契約者情報※太枠内は全てご記入ください

お申込み年月日（西暦）		2019 年	12 月	23 日	
法人名		(フリガナ) カブシキガイシャ オクスリリンク			印
		株式会社おくすりLink			
所在地		(郵便番号〒) 100 - 6150			
		東京都千代田区永田町			
		山王パークタワー			
電話番号		03-5156-●●●●			
代表者氏名		(フリガナ) オクスリ タロウ			
		おくすり 太郎			
ご担当者情報	ご担当者氏名	(フリガナ) オクスリ ハナエ			
		おくすり 花恵			
	ご担当者所属先住所	(郵便番号〒) □□□ - □□□			
		同上			
	所属部署	●●部			
	電話番号	03-××××-△△△△			
	FAX	03-××××-△△△△			
	メールアドレス	okusurihanae@okusuri.▲▲▲.com			

②請求関連情報※太枠内は全てご記入ください

請求書送付先住所	(郵便番号〒)	-	
	同上		
請求書送付先宛名	株式会社おくすりLink 経理担当 おくすり 一郎		
請求書送付先電話番号	03-××××-〇〇〇〇		

③ご利用情報※太枠内は全てご記入ください

ご利用開始希望年月（西暦）	2020 年	1 月	
※ご利用開始日は原則毎月1日（土日祝の場合は翌営業日）となります			
登録薬局数（ご利用店舗数）	3 店舗		
薬局開設許可証(写し)の提出	☒ 確認済		
※提出枚数とご利用店舗数が一致していることを確認のうえ、チェックしてください			
ご利用料金（税別）	・初期費用：5,000円/店舗 ※2年目以降は不要 ・年間利用料：36,000円/店舗 ★特別キャンペーンにより18,000円/店舗		
特記事項	薬剤師会会員番号：		
受付完了書類等送付先	☐ ご契約者（代表者）宛てに送付 ☒ ご担当者宛てに送付 ☐ 請求書送付先住所宛てに送付		
※受付完了通知および店頭ツール類一式を、郵送でお送りします			

◆参考事項・ご注意事項

【申込書送付先】

〒100-6150 東京都千代田区永田町2-11-1 山王パークタワー33F

株式会社NTTドコモ スマートライフ推進部 ヘルスケア事業 おくすり手帳事務局宛

1. 利用規約承諾後、必ず所定の場所に押印してください。※決裁権限をお持ちの方の印に限りです。

2. ご利用開始日は原則毎月1日（土日祝の場合は翌営業日）となります。ご利用開始希望年月の前月15日までにお申し込み願います。お申込み手続きの完了が前月15日以降となった場合、翌々月以降のご利用開始となります。

3. 利用契約の有効期間は、利用開始日を含む月を初月として1年を経過する月の末日までです。期間満了の60日前までに特段の申し出がない限り、更に1年間更新されます。（詳細は利用規約第7条をご確認ください）

4. 薬局開設許可証（写し）は、ご利用になる全ての店舗のものをご提出願います。ドコモHPへの掲載及びツール配送に使用する店舗情報は、薬局開設許可証に記載の内容を参照します。実際の店舗情報と相違がある場合は、特記事項または別紙（様式任意）にご記入願います。

5. ご担当者のメールアドレスは、携帯電話のアドレスを指定しないでください。後日、申込書記載内容を確認の上、申込書受領通知をご担当者のメールアドレス宛にお送りします。（ドメイン「@nttdocomo.com」）

6. 申し込みを承諾する場合は、後日弊社より郵送にて、承諾通知をお送りします。

7. 請求書は、初期費用分、年間利用料分の2枚が届きます。（詳細は利用規約別表 1 をご確認ください）

弊社記入欄

サービス利用規約の提供	☐ 済	☐ 未
記入漏れ・不鮮明箇所確認	☐ 済	☐ 未
契約者情報（押印）	☐ 済	☐ 未
薬局開設許可証の受領	☐ 済	☐ 未
利用開始年月確認	☐ 済	☐ 未
注意事項説明	☐ 済	☐ 未

営業担当者サイン

記事欄

管理番号

GC・GE・DO

「おくすり手帳Link」サービス契約 新規申込書

以下のとおり、「おくすり手帳Link」薬局向けサービスの利用を申し込みます。
また、申し込みにあたり、本申込書と併せて「薬局開設許可証（写し）」を提出します。
なお、本契約申込書により届け出た会社名、所在地、電話番号、請求書送付先、登録薬局数に変更があった際は、速やかにその旨を株式会社NTTドコモ
所定の変更届出書にて届け出るものとします。

☐ 利用規約を承諾（※別添の『「おくすり手帳Link」薬局向けサービス利用規約』を確認し、承諾後にチェックしてください。）

①ご契約者情報※太枠内は全てご記入ください

お申込み年月日（西暦）		年	月	日	
法人名		(フリガナ)			印
所在地		(郵便番号〒) -			
電話番号					
代表者氏名		(フリガナ)			
ご担当者情報	ご担当者氏名	(フリガナ)			
	ご担当者所属先住所	(郵便番号〒) -			
	所属部署				
	電話番号				
	FAX				
	メールアドレス				

②請求関連情報※太枠内は全てご記入ください

請求書送付先住所	(郵便番号〒) -	
請求書送付先宛名		
請求書送付先電話番号		

③ご利用情報※太枠内は全てご記入ください

ご利用開始希望年月（西暦） ※ご利用開始日は原則毎月1日（土日祝の場合は翌営業日）となります	年	月	
登録薬局数（ご利用店舗数）	店舗		
薬局開設許可証(写し)の提出 ※提出枚数とご利用店舗数が一致していることを確認のうえ、チェックしてください	☐ 確認済		
ご利用料金（税別）	初期費用：5,000円/店舗 ※2年日以降は不要 年間利用料：36,000円/店舗 ★特別キャンペーンにより18,000円/店舗		
特記事項	薬剤師会会員番号：		
受付完了書類等送付先 ※受付完了通知および店頭ツール類一式を、郵送でお送りします	☐ ご契約者（代表者）宛てに送付 ☐ ご担当者宛てに送付 ☐ 請求書送付先住所宛てに送付		

◆参考事項・ご注意事項

【申込書送付先】
〒100-6150 東京都千代田区永田町2-11-1 山王パークタワー33F
株式会社NTTドコモ スマートライフ推進部 ヘルスケア事業 おくすり手帳事務局宛

1. 利用規約承諾後、必ず所定の場所に押印してください。※決裁権限をお持ちの方の印に限ります。
2. ご利用開始日は原則毎月1日（土日祝の場合は翌営業日）となります。ご利用開始希望年月の前月15日までにお申し込み願います。
お申込み手続きの完了が前月15日以降となった場合、翌々月以降のご利用開始となります。
3. 利用契約の有効期間は、利用開始日を含む月を初月として1年を経過する月の末日までです。期間満了の60日前までに特段の申し出がない限り、更に1年間更新されます。（詳細は利用規約第7条をご確認ください）
4. 薬局開設許可証（写し）は、ご利用になる全ての店舗のものをご提出願います。ドコモHPへの掲載及びツール配送に使用する店舗情報は、薬局開設許可証に記載の内容を参照します。実際の店舗情報と相違がある場合は、特記事項または別紙（様式任意）にご記入願います。
5. ご担当者のメールアドレスは、携帯電話のアドレスを指定しないでください。後日、申込書記載内容を確認の上、申込書受領通知をご担当者のメールアドレス宛にお送りします。（ドメイン「@nttdocomo.com」）
6. 申し込みを承諾する場合は、後日弊社より郵送にて、承諾通知をお送りします。
7. 請求書は、初期費用分、年間利用料分の2枚が届きます。（詳細は利用規約別表 1 をご確認ください）

弊社記入欄

サービス利用規約の提供	☐ 済	☐ 未
記入漏れ・不鮮明箇所確認	☐ 済	☐ 未
契約者情報（押印）	☐ 済	☐ 未
薬局開設許可証の受領	☐ 済	☐ 未
利用開始年月確認	☐ 済	☐ 未
注意事項説明	☐ 済	☐ 未

営業担当者サイン

記事欄