

注 文 書

株式会社ミック 行

下記の通り注文いたします。

名 称	
住 所	〒□□□-□□□□
電 話 番 号	
F A X 番 号	
代 表 者 名	⑩
メールアドレス	@ _____ ・補助金申請に使用する領収証は、こちらに記載していただいたメールアドレスにPDFファイル(データ)でお送りいたします。 ・PDFファイルが受け取れるメールアドレスをご指定ください。

商 品 名	数 量	金 額 (円)
オンライン資格確認訪問診療連携費	1	¥121,000

●上記金額は、消費税が含まれた税込価格です。

納品予定日	要相談(11月25日まで)
お支払条件	現金振込 ※請求書は12月1日までにメールで送信いたします。
お支払日	2025年12月10日まで
付帯事項	・オンライン資格確認訪問診療連携費には、オンライン資格確認訪問診療連携サービスの5年(60ヵ月)の利用権を含んでおります。 やむを得ず途中解約される場合であっても返金対応はできません。 ※5年間ご利用いただいた後は、月額課金方式に切り替わります。 月額利用料:1,000円(税別)
備考	・注文書をご返送いただきました医院様より、設定マニュアルをお送りさせていただきます。その後請求書を送付させていただき、お振込みをお願いします。 ・ご入金の確認後、12月26日までに補助金申請に必要な申請書類(領収証) をご指定のメールアドレスにお送りいたします。 ※訪問診療の補助金申請は、オンラインのみの対応となっておりますため、PDFファイル(データ)をお送りいたします。