

注文 No:

令和 8 年 月 日

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	(印)
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)
オン資格電子処方箋(院内)追加連携費	1	¥66,000

●上記金額は、消費税が含まれた税込価格です。

納品予定日	注文書到着後随時
お支払条件	口座振替
お支払日	注文書到着月の末締め翌月27日口座振替
付帯事項	・オン資格電子処方箋(院内)追加連携費 には、オンライン資格確認電子処方箋連携の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かねます。 ※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) ※操作方法是MICサポート情報サイト内のマニュアルをご参照ください。
補助金申請についての注意	・補助金申請に必要な申請書類(領収証等)は口座振替の翌月中旬以降にご指定のメールアドレスにお送りいたします。 例)2月注文の場合は3月27日口座振替、4月中旬に書類送信。 ・補助金の申請期限は医療機関等向け総合ポータルサイトに準じるため、今回の申込は本補助金の採択・交付をお約束するものではありません。 ・ご注文後は補助金申請の結果にかかわらず、キャンセルまたは返金はありませんのでご了承ください。