

高機能クラウド版60日間無料トライアル申し込み用紙

資料送付先の情報を記入のうえFAXにてお申込みください

■申し込み先

折り返しトライアルの手続きをとらせていただきます

FAX : 095-856-6061

レセプトチェッカーLS	<input checked="" type="checkbox"/> クラウド版		
医療機関名			
医療機関番号(10桁)			
住 所	〒		
氏 名	役職		
事務担当者			
電話番号		FAX	
携帯電話番号	携帯電話の番号をお願いします ※ログイン後に認証コードをSMSでお送りいたします。		
メールアドレス			
施設種別	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 DPC : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
主たる診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 その他 ()		
病床数	診療所: <input type="checkbox"/> 無床 <input type="checkbox"/> 有床 病院: 床		
主たる処方	<input type="checkbox"/> 院内処方 <input type="checkbox"/> 院外処方		
外来レセプト件数	<input type="checkbox"/> 800件未満 <input type="checkbox"/> 800件以上 ※直近3ヶ月で最も少ない数でお答えください		
レセコン機種	<input type="checkbox"/> PHC(メディコム) <input type="checkbox"/> ORCA <input type="checkbox"/> 富士通 <input type="checkbox"/> トスメック <input type="checkbox"/> 日立 その他 () <input type="checkbox"/> 電子カルテ ()		
請求方法	<input type="checkbox"/> オンライン請求 <input type="checkbox"/> 電子媒体		
ご利用OS	<input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> MacOS		
ウィルス対策ソフト	<input type="checkbox"/> ノートンセキュリティ <input type="checkbox"/> ウィルスバスタ <input type="checkbox"/> McAfee <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> Windows Defender <input type="checkbox"/> ESET その他 ()		
ご質問など			

FAX申込用紙に記載された個人情報はトライアルのユーザー管理のみに使用します

スマートフォンの番号はクラウドサーバーにログインするときの2段階認証に必要です



日医IT認定サポート事業所

SFKメディカル株式会社 レセプトチェッカーLS係