申　込　書

(株)リクルートホールディングス御中
以下の条件にて申し込みます。

●太枠内を黒の油性ボールペンにてご記入ください
※は必ずご記入ください。責任者・担当者いずれか一方が必須です。

RECRUIT

※申込日	年　月　日

3700025 - 001

フリガナ / 発注会社名	□法人 ☑個人	クボタクリニックマツドゴコウ くぼたクリニック松戸五香　印
フリガナ / 窓口・店舗名		
フリガナ / 所在地	(〒 270 - 2261) 千葉県松戸市常盤平５－１７－１０ TEL 00 (0000) 0000　FAX (　)	
※責任者	役職名　フリガナ　印	
※担当者	所属　フリガナ　印	
フリガナ / 本社所在地	(〒　-　) TEL (　)　FAX (　)	
代表者	役職名　フリガナ	
申込用アドレス		

○発注先と異なる場合にご記入下さい。

3700025 - 001

フリガナ / 請求会社名	□法人 ☑個人	クボタクリニックマツドゴコウ くぼたクリニック松戸五香　印
フリガナ / 窓口・店舗名		
フリガナ / 所在地	(〒 270 - 2261) 千葉県松戸市常盤平５－１７－１０ TEL 00 (0000) 0000　FAX (　)	
※責任者	役職名　フリガナ　印	

規定	■有 毎月　末日〆　翌月　末日払い
	□無　支払方法　現金　振込
請求方法	月１

コメント（特記事項があればご記入ください）

請求書送付先（請求会社と異なる場合）　[　-　]

(〒　-　)

☑ 発注先と同じ　□ 請求先と同じ　□以下
○発注先・請求先と異なる場合にご記入下さい。

フリガナ / 掲載会社名	□法人 □個人	印	フリガナ / 所在地	(〒　-　) TEL (　)　FAX (　)
フリガナ / 窓口・店舗名			※責任者	役職名　フリガナ　印

■申込内容

合　計（税抜）	\90,000

商品・号	企画	明細・掲載ページ内容	発売日 発行日	料金(税抜)	請求希望日	支払予定日	掲載会社名・請求書コメント	非統合	非表示	区分	受注No. 回数券No.
とらばーゆ看護関東版２週 170831号 [62050]	L [1000]	地域医療に力を入れている病院・クリニック [0051]	08/31	\90,000	08/31	09/30	[　-　]	1 2			
とらばーゆ看護関東版２週 170914号 [62050]	L [1000]	専門医療に力を入れている病院・クリニック [0051]	09/14	\0			[　-　]	1 2		1 9	
[　]	[　]	[　]		************			[　-　]	1 2			
[　]	[　]	[　]		************			[　-　]	1 2			

● お申し込みに際しては以下の点につきご了承ください。
1) お申し込みに関する注意事項および、別途提示する約款等がある場合は、当約款等を予めご確認のうえ、お申し込みください。
お申し込み後であっても、当社が不適当と判断させていただいた場合には、取引をお断りすることがございます。
2) 料金に消費税等は含まれておりません。請求時に別途加算いたします。
3) イラスト料・写真撮影料は、別途精算となる場合があります。
4) 成果報酬型の商品は、ご利用量に応じて請求させていただきます。

弊社使用欄
初回１＋１　マスターママ

営業担当	営業責任者	営業庶務
太陽企画 山辺　広		
HR21002 024	作成者	山辺 広

W04968260 − 170825 − 1037 − 1／1