

FAX送付先：078-302-0731

株式会社ニチイ学館 医療機関ホームページ作成サービス CLIPS担当者 行

医療機関ホームページ作成サービス CLIPS 見積もり申込用紙

プラン詳細

プラン名	作成業務	管理業務	更新業務	契約期間	詳細
スタンダードプラン			毎月	12ヵ月	毎月更新が可能なプラン。 積極的に情報発信したい方向け。
ライトプラン			契約更新時のみ (1年に一回)	12ヵ月	更新をあまりしない方向けプラン。 月額管理更新費用なしで開始できます。

更新業務・・・ホームページへのアップロード作業のみ当社で実施させていただきます。

申込内容

申込日	年 月 日	
貴院名	ご担当者名	
ご住所	〒 [ ][ ] - [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]	
お電話番号	FAX番号	
掲載開始希望日	ホームページ開設の有無 有 / 無	
ご希望プラン	スタンダードプラン / ライトプラン	
ご希望デザイン	POP / STANDARD / CLASSIC	
ご希望カラー	ウォーム(暖色) / パステル(緑色) / クール(寒色) / その他	

貴院のテーマカラー等をホームページのカラーに採用する場合には「その他」を選択してください。

サーバについて 以下の項目についてチェックしてください。

独自ドメインを使用する

web-clover ドメインを使用する

	希望するドメインを第3希望までご記入ください	希望するweb-cloverドメインを第3希望までご記入ください
1	http://www.( ) .com .jp .net	http://www.web-clover.net/( )
2	http://www.( ) .com .jp .net	http://www.web-clover.net/( )
3	http://www.( ) .com .jp .net	http://www.web-clover.net/( )
	(例) http://www.(nichiiclinic) .com .jp (.net)	(例) http://www.web-clover.net/(nichiiclinic)

【注意事項】 お持ちのサーバー/ドメインを使用し、CLIPSをご利用される方は別途ご相談させていただきます。別途調査等が必要になるため、下段の申込書送付・お問い合わせ先までご連絡ください。なお、調査結果次第ではご希望に応えかねる場合があることをご了承ください。

上記の内容でホームページ作成サービスの見積もりを申し込みます。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_ 印

記載後は当用紙をFAXでお送りください。  
ご記入いただいた個人情報は、お問合せの対応や契約の履行など、業務上の連絡を目的とした用途以外には利用いたしません。

申込書送付・お問い合わせ先

株式会社ニチイ学館 神戸ポートアイランドセンター  
医療関連事業統括本部 営業開発本部 事業開発部 事業開発二課

TEL : 078 - 304 - 5993  
FAX : 078 - 302 - 0731

〒650-0047  
兵庫県神戸市中央区港島南町7-1-5