

## 申込書

バーチャルセッション オプションサービス

以下の通りバーチャルセッション オプションサービスを申し込みます

### 申し込み情報

医療機関	組織名称：  <div style="text-align: center;">印</div> ID（もしくは登録済みメールアドレス）：
利用開始希望	_____年_____月  ※ご利用開始初月は無料でお使いいただけます。 有効期限は利用開始希望の翌月から12ヶ月間として課金が発生します。
支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括払い  <input type="checkbox"/> 月ごとの支払い

### 申し込み方法

- Holoeyes に直接注文している場合  
本申込書を [sales@holoeyes.jp](mailto:sales@holoeyes.jp) までお送りください
- 担当パートナー企業がある場合  
パートナー企業担当者に本申込書をお渡しください  
パートナー企業名：  
担当者：