

「倭」 申込用紙

日歯会員コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	月	日
申込形態	<input type="checkbox"/> _____ 歯科医師会 経由 <input type="checkbox"/> 個人申込み											
送付先	<input type="checkbox"/> 歯科医師会 <input type="checkbox"/> 申し込み者へ直送											
歯科医院名	<input type="text"/>											
名 前	<input type="text"/>											
住 所	〒 _____ 都道府県											
電話番号	()			ファックス番号	()							
e-mail:	_____ @ _____											
パソコン	<input type="checkbox"/> ノート型 <input type="checkbox"/> デスクトップ型											
	メーカー名	<input type="text"/>			機種名	<input type="text"/>						
Windows	<input type="checkbox"/> 8-32bit <input type="checkbox"/> 8-64bit <input type="checkbox"/> 7-32bit <input type="checkbox"/> 7-64bit <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> XP											

10-32bit 10-64bit

■価格(消費税込)：個人で購入 ¥99,980。各都道府県歯科医師会で購入 ¥56,570。

■必要動作環境：

- ・Windows XP/Vista(64bit版を含む)/7(64bit版を含む)/8(64bit版を含む)の動作するパソコン (エミュレータを除く)
- ・Pentium4 1GHz以上のCPU
- ・メインメモリ 512MByte以上
- ・200MByte以上の空き容量のあるハードディスク
- ・USB 1.1以降のポート

■お申し込みは、下記まで、ファックスか郵送でお願いいたします。

社団法人 奈良県歯科医師会 事務局

〒630-8002 奈良市二条町2-9-2

ファックス：0742-34-1279