

マイクリニック 全国出張撮影サービス申込書

本紙に必要な事項をご記入頂き、「ご署名・ご捺印」の後、マイクリニックサポートセンターにFAXをお願いいたします。

医療機関さまご署名欄:

お申込日: 年 月 日

マイクリニック撮影サービスを希望します ※一部地域には出張料金が発生します ※有料の駐車場を使用する場合、駐車料金別途発生します

コース選択

フルパック (外観を含む10カット、印刷にも使用) **基本パック** (4カット、ホームページのみ使用)

撮影日が決定していない場合はキャンセルを承れます。

撮影日の前日入ってからのキャンセルは50%のキャンセル料がかかります。当日のキャンセルは100%のキャンセル料がかかります。

ご署名 _____ 印

医療機関名	フリガナ
<small>※正式名称(医療法人●●会などが付く場合は合わせて)でご記入ください。</small>	
撮影ご担当窓口になる方	フリガナ
<small>※複数おられる場合は、連名で記入ください。</small>	
ホームページアドレス	
撮影スタッフ使用駐車場	<input type="checkbox"/> ある(車1台分駐車スペース) <input type="checkbox"/> ない→ 近隣の有料駐車場料金 1時間: _____ 円
所在地・ご連絡先	(〒 _____) 建物名(_____) 階 号 ■最寄り駅: _____ 線 駅 TEL: (_____) FAX: (_____)

希望コース	<input type="checkbox"/> フルパック(10カット) <small>下記より10カットお選びください。</small>	<input type="checkbox"/> 基本パック(4カット) <small>下記より4カットお選びください。</small>
撮影希望内容	<input type="checkbox"/> 院長撮影 <input type="checkbox"/> 外観(方角 向き) <input type="checkbox"/> スタッフ(_____ 名) <input type="checkbox"/> エントランス <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 中庭 <input type="checkbox"/> 待合室 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 洗面 (_____) <input type="checkbox"/> 設備 <input type="checkbox"/> 病室	<input type="checkbox"/> 院長撮影 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <small>外観撮影は含まれません</small>
撮影希望曜日 <small>※後日、担当カメラマンと撮影日の確認をいたします。</small>	※希望曜日と時間をご記入ください。 曜日 時 ~ 時	希望日時記入欄(特に希望がある場合のみ) 第一希望: 第二希望:
その他ご要望記入欄	※写真の加工(トリミング、コントラスト、シャープ)やプリントはお受けできませんのでご了承ください。	

カメラマン記入欄:

撮影日	年 月 日(_____) 時 分~		
カメラマン氏名	連絡先tel:	撮影日医院連絡日	
コース	<input type="checkbox"/> フルパック <input type="checkbox"/> 基本パック	エンパワーヘルスケア 完了連絡日	