

加入申込書

年 月 日

一般社団法人 医器販協データベースセンター 御中

貴社名 :

所在地 :

代表者 : _____ 印

当社は、貴団体の会員となることを希望します。

【会員区分】(お申し込みいただく会員区分に“○”印をご記入ください)

| 会員区分 | 補足説明 (加入条件) | A会員 : 年間売上金額が、300億円以上の企業 |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| A・B・C | | B会員 : 年間売上金額が、300億円未満の企業 |
| D・E・F | C会員 : 年間売上金額が、100億円未満の企業 | |
| | D会員 : 年間売上金額が、50億円未満の企業 | |
| | E会員 : 年間売上金額が、10億円未満の企業 | |
| | F会員 : 年間売上金額が、5億円未満の企業 | |

【加入ご担当窓口】

| 担当 者 | 所属部署 | | 役職 | | |
|---------|-----------|---|---------|---|-------|
| | 氏名 (フリガナ) | | E-mail | | |
| 連絡 先 | 〒 | | 都・道・府・県 | | 市・区・郡 |
| | | | | | |
| | TEL() | — | FAX() | — | |

※本資料に記入して頂き、上記宛て FAX または E-mail をお願い致します。

医器販協DBC 利用料金体系

入会について

●加入条件

医器販協データベースは医器販協(日本医療機器販売業協会)の会員が入会対象です。
非会員の方につきましては、各地区の医器販協宛てに入会をお申し出下さい。
ご不明な点につきましては、弊事務局宛てにお問合せ下さい。

会費について

医器販協データベースは医器販協の関連団体のため、会費については会員応分の負担を原則としています。会員区分は事業規模で分かれ、それに応じた会費負担となっています。
医器販協データベースは、下記利用料金体系にて運営されています。

- 会員区分： 会員区分は、年間売上額(医療機器分野(雑品類を含んだもの))を、
下表の該当する範囲に当てはめて決定します。

| 会員区分 | A | B | C | D | E | F |
|------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|
| 年商 | 300億円以上 | 300億円未満 | 100億円未満 | 50億円未満 | 10億円未満 | 5億円未満 |

- 基本料金： 会員区分が決まることにより、下表のように入会金、月額会費が決まります。

(入会金)

(円)

| 会員区分 | A | B | C | D | E | F |
|------|-----------|---------|---------|---------|--------|--------|
| 金額 | 1,000,000 | 500,000 | 300,000 | 100,000 | 50,000 | 30,000 |

(会費)

(円)

| 会員区分 | A | B | C | D | E | F |
|--------|-----------|---------|---------|---------|--------|--------|
| 月額会費 | 120,000 | 80,000 | 40,000 | 10,000 | 5,000 | 3,000 |
| 年間会費総額 | 1,440,000 | 960,000 | 480,000 | 120,000 | 60,000 | 36,000 |
| ご請求単位 | 1ヵ月毎 | 1ヵ月毎 | 1ヵ月毎 | 6ヵ月毎 | 6ヵ月毎 | 6ヵ月毎 |

事業規模が変わり、年商に変動が生じた際は、それに応じた新たな会費負担をお願いしておりますので、あらかじめご承知ください。

つきましては会員区分に変更がございましたら、弊事務局宛てにお知らせいただきますよう、お願い致します。

【お問合せ】

一般社団法人 医器販協データベースセンター 事務局

TEL : 03-3868-8581 FAX : 03-3868-8582

E-mail : info_sp@jahid.jp