

知的障害者専用アセスメントシステム (P l a n G a t e) 体験版申込書

お申し込み FAX 番号 0 6 - 6 4 4 8 - 6 0 3 6

下記枠内をご記入の上、FAX でお申し込みください。

お申込日	平成 年 月 日				
お申込者	法人名	(カナ)			
	施設名	(カナ)			
	施設の種類 該当する番号に○印をつけてください。	1 知的障害児施設 2 知的障害児通園施設 3 知的障害者更生施設 (入所) 4 知的障害者更生施設 (通所) 5 知的障害者授産施設 (入所) 6 知的障害者授産施設 (通所) 7 知的障害者通勤寮 8 知的障害者福祉ホーム 9 新事業 () 10 その他 ()			
	住所	〒			
	代表者名				
	担当者名				
	電話番号				
	F A X 番号				
	E - Mail				
	アンケート ご協力ください	●購入予定時期 1 1週間以内 2 1ヶ月以内 3 3ヶ月以内 4 半年以内 5 未定 ●ご意見・ご感想 ()			

【体験版について】

PlanGate (知的障害者専用アセスメントシステム) を 3 0 日間無料で実際にお試し頂けます。
 入力していただいたデータは、購入後もそのままお使いいただけます。
 体験版には、サンプルデータが入っておりますので、参考にして下さい。

【製品について】

製品についての詳細は、PlanGate ホームページをご覧ください。
 PlanGate ホームページ : <http://www.aigo.or.jp/plangate/>

- 企画・設計・監修 -

財団法人 日本知的障害者福祉協会

- 開発・製造・販売 -

株式会社 日立システムズ

お問い合わせ E-mail : plangate.sn@hitachi-systems.com