



プラズマローゲンS

(ソフト)カプセル (ハード)カプセル

認知症患者 500 万人時代。しかしその根本的な治療薬開発へは至っていません。

でももしサプリメントで認知症が予防・改善できるとしたら・・・。

臨床試験を通して認知症患者への有効性が明らかにされつつあるプラズマローゲン。

菊医会ではこのプラズマローゲンを、直接、患者様に特別価格にてご提供いただく医療機関様を募集いたします！

医療機関様募集！

ご好評に応じて **今までよりお安く！！**

プラズマローゲンS

ソフトとハードの2つのカプセルタイプ

携帯しやすく、お出かけ先でも手軽にお飲みいただけます。



(ソフト)カプセル

内容量／1箱・440mg×60粒・約1か月分



ハードカプセル

内容量／1箱・230mg×60粒・約1か月分

患者様の特典

定価 10,800 円

医療機関コード
ご使用の場合

**20%
OFF**

8,640 円
(税込)

貴医療機関の特典

上記いずれかの商品を貴医療機関の患者様にご購入いただくと

1 個あたり **2,400 円** のお手数料が貴医療機関に支払われます。

詳細は
裏面に

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| 1 登録料・費用は一切かかりません！ | 3 ご契約いただくと「医療機関申込みコード」が発行されます！ |
| 2 在庫をかかえる心配もいりません！ | 4 貴医療機関コードを使って患者様にお買い求めいただきます！ |

“心身ともに健康で豊かな長寿社会”を提唱する菊医会／ジャパン・メディカル・ソサエティ

【お問い合わせ】 ☎ 0120-251-706

【受付時間】
10：00～18：00
(土日祝休)

◎詳細は、株式会社 菊医会／ジャパン・メディカル・ソサエティまでご連絡お願い致します！

〒106-0044 東京都港区東麻布1-28-13 日通商事麻布ビル4F TEL: 03-3585-9201(代表) E-MAIL: pls@j-m-s.co.jp

**24 時間
受付中！**



ご登録までの流れ

- 1 お問合せ 下記連絡先までお電話やメールでお問い合わせください。
- 2 申込み 登録用紙をお送りしますので必要事項を記入の上ご返送ください。
- 3 資料送付 (株)藤野ブレインリサーチより契約書をお送りします。
- 4 ご登録 必要事項を記入の上契約書をご返送ください。
契約書および貴医療機関申込みコードつきパンフレットの送付をもってご登録完了となります。



手数料振込までの流れ

- 5 ご購入 貴医療機関申込みコードを使って患者様にご購入いただきます。
- 6 手数料振込 貴医療機関宛にお手数料として1個あたり2,400円が支払われます。

医療機関申込みコード



プラズマローゲンS
ソフトカプセル ハードカプセル

ソフトカプセル



■栄養成分表示：1日(2粒)あたり			
熱量	6.36kcal	たんぱく質	0.23g
脂質	0.58g	炭水化物	0.06g
食塩相当量	0~0.00034g	ビタミンE	139.2mg

■名称：ホタテ抽出物含有加工食品 ■原材料名：オリーブ油、ビタミンE含有植物油、ホタテ抽出物、ゼラチン、グリセリン、抽出ビタミンE ■内容量：440mg×60粒

ハードカプセル



■栄養成分表示：1日(2粒)あたり			
熱量	1.78kcal	たんぱく質	0g
脂質	0.02g	炭水化物	0.40g
食塩相当量	0.00064g		

■名称：ホタテ抽出物含有加工食品 ■原材料名：ホタテ抽出物、γ-シクロデキストリン、HPMC、ステアリン酸カルシウム、着色料(酸化チタン)、抽出ビタミンE ■内容量：230mg×60粒

患者様の特典

特別価格でご購入

8,640円 (税込)

貴医療機関の特典

手数料のお支払い

2,400円

注目!

患者様が「特別価格」で購入するには、貴医療機関申込みコードが必要です。

患者様がご購入を続けられる限り、**永続的**にお手数料が貴医療機関へと支払われます!

まずは菊医会までお問い合わせ下さい!

【お問い合わせ】 ☎ 0120-251-706

【受付時間】
10:00~18:00
(土日祝休)

◎詳細は、株式会社 菊医会/ジャパン・メディカル・ソサエティまでご連絡お願い致します!

〒106-0044 東京都港区東麻布1-28-13 日通商事麻布ビル4F TEL: 03-3585-9201(代表) E-MAIL: pls@j-m-s.co.jp

24時間
受付中!





医療機関様限定
plsお取扱

申込み・登録用紙

貴医療機関情報	お申込日	年 月 日	
	(フリガナ) 貴医療機関名		
	〒		TEL () FAX ()
	(フリガナ) 貴医療機関住所		
	都道府県		区市郡
	(フリガナ) 担当者	部署名	TEL ()
	役職名	e-mail @	
貴医療機関ホームページ http://www.			

ご記入有難うございました。

折り返し、登録手続き完了をお知らせした後、(株)藤野ブレインリサーチより契約書をお送りさせていただきます。



ご登録番号：

登録担当

FAX 03-3585-9204

(株)菊医会/JMS 〒106-0044 東京都港区東麻布1-28-13
TEL: 03-3585-9201 (代) MAIL: pls@j-m-s.co.jp

<個人情報取り扱いについて> 記載いただきました医療機関情報およびお名前、お電話番号等の個人情報につきましては、弊社で適切に管理いたします。

株式会社 菊医会/ジャパン・メディカル・ソサエティ