

サービス申込書

FAX:0422-79-5901

当社は貴社が提供するサービスを利用いたしたく、申し込みいたします。

フリガナ 法人名			
フリガナ ご住所（本社）	〒		
フリガナ ビル名等		代表 TEL () -	
		代表 FAX () -	
フリガナ ご担当者名		役職	印
フリガナ 部署名			
フリガナ ご住所	〒		都・道 府・県
フリガナ ビル名等		TEL () -	
		FAX () -	
E-mail アドレス			

※1

※1…ご住所・TEL・FAX が法人名と同一の場合は記入不要。

ご希望内容

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 口座引落
サービス 開始希望日	平成 年 月～

※ サービス期間は最低 6 ヶ月間からとなります。

