

## Pro-face Care for BP 年間保守契約申込書 (新規)



弊社記入欄

**本申込書と販売店様のご注文書を併せて弊社までFAXして下さい。**

ご契約番号
DMZ

契 約 期 間	年 月 ~ 年 月
---------	-----------

ご契約者様	お申し込み日	年 月 日	
	会社名		
	ご担当部署		
	ご担当者様		
	ご連絡先	電話番号 :	FAX番号 :
		メールアドレス :	
	ご住所	〒	
<input type="checkbox"/> 添付の利用規約に同意します (*チェック漏れにご注意下さい)			

各種申込書、 次回更新案内送付先	<input type="checkbox"/> ご契約者様と同じ <input type="checkbox"/> 販売店様と同じ
---------------------	--

販売店様 (代理店様)	<input type="checkbox"/> ご契約者様と同じ (*異なる箇所だけのご記入でも結構です)		
	会社名		
	ご担当部署		
	ご担当者様		
	ご連絡先	電話番号 :	FAX番号 :
		メールアドレス :	
ご住所	〒		

保守契約内容 (販売店様)	製品	Pro-face Care BP
	加入期間	1年
	ご注文番号	
	お客様条件	売上額 : 台数 :
	弊社担当営業	

<納品書発行までの流れ>

本申込書と販売店様からのご注文書を確認させていただき弊社にて処理させていただきます。  
 記載漏れ等不備があった場合は、ご確認させていただきます。その間処理が止まってしまうので、  
 記載漏れ等ないように、送信前に再度ご確認をお願いします。  
 1週間以内に納品書、各種依頼書を発行しご郵送させていただきます。

申込書受理	控え送付