

オフィスコンビニ利用申込書

以下の通りサービス利用を申し込みます。

申込日	年 月 日	
御社名	印	
部署名		
御担当者フリガナ		様
御担当者名		
電話番号		
FAX 番号		
住 所	〒	
設置先住所	〒	
メールアドレス		

お支払方法	<input type="checkbox"/>	会社がまとめて支払う
	<input type="checkbox"/>	社員の方が個別に支払う

*上記 をチェックして下さい。

連絡先:株式会社創源ソフトウェア
〒171-0022 東京都豊島区南池袋2-12-5
第三中野ビル2F
Email: webinfo@sogen.co.jp
TEL 03-3986-6040
FAX 03-3986-7055
担当:宇都宮