

95



スマート介護® カタログお申込書 お客様登録用紙

いずれかにチェックして下さい。

新規	修正	停止	申込日	変更開始日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

ご指定がある場合はこちらにご記入ください

申込日の翌日でご指定ください

会社名	カナ		部署名 (任意記入)	カナ			
住所	カナ						
	〒	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				都道府県	市区町村		
	カナ						
(町名)		(番地)		階 号室まで詳しくご記入ください。			
				(ビル名)			
TEL ハイフン(-) 無し	<input type="text"/>			FAX ハイフン(-) 無し	<input type="text"/>		
お申込者	様		ご登録には、お客様の署名が必要です。 記入内容をご確認の上署名ください。		お届先 ご担当者		様

お荷物の受取やご注文に関して「お申込者」以外の方が窓口の場合には「お届け先ご担当者」欄にお名前をご記入ください。
ご記入がある場合には、お届伝票や各種ご連絡は「お届け先ご担当者」様宛てとなります。

お客様は太枠線内ののみ記入ください

修正の場合は、変更項目のみを「」記入ください。変更項目を

丸で囲んでください。

販売店様ご記入欄

販売店名 キシダ事務用品株式会社 (スマ介) TEL 072-221-5511 FAX 072-223-5588	販売店様設定欄 お客様締日 <input type="text"/> 日 ・10日締 <input type="checkbox"/> 10 _日 、20日締 <input type="checkbox"/> 20 _日 、 未締 <input type="checkbox"/> 未 _日 とご記入下さい ・ご記入が無い場合は未締で設定されます
担当者コード 営業担当者 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	カタログのお届けについて カタログは名入れしてお届け致します 発送先 : <input type="checkbox"/> お客様 <input type="checkbox"/> 販売店 カタログ種類 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・本誌・レクリハセット <input type="checkbox"/> 00 ₀ ・本誌単品 <input type="checkbox"/> 01 ₄ ・本誌・コレイルセット <input type="checkbox"/> 02 ₄ ・本誌・レクリハ・コレイルセット <input type="checkbox"/> 03 ₄ とご記入ください 空欄の場合は本誌単品の送付になります
氏名 <input type="text"/>	ポイント交換プレゼント 個別設定 <input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない
メモ欄 この欄は貴社メモご利用ください。お問い合わせにはご利用出来ません。	***** スマート介護確認欄 ***** <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ご登録は無料です。

スマート介護サービスでは、個人情報保護に関する法律及びJIS Q 15001（個人情報保護に関するコンプライアンス・プログラムの要求事項）を遵守し、スマート介護サービス及びそれに関する情報提供の目的にのみお客様の個人情報を使用し、その他の目的には使用しません。個人情報に関するお問合せは下記にお願いいたします。



10530023(03)

お問合せ先： sk-entry@jointex.co.jp
join@kishidaijm.co.jp

99999