

サイボウズOffice ASPサービス
【お支払情報変更申込書】

※記入例

必ずご記入ください。

●申込日 ※必ずご記入ください

お申込日 平成 24 年 4 月 × 日

【ご確認事項】

通常、申込書を受託し、5営業日以内にご変更開始の対応をさせていただいておりますが
別途、ご変更開始希望日がありましたら、必ずご記入ください。

●ご契約者情報 ※必ずご記入ください

| | | | | | |
|-------|-----------------------------------|------|--------------|--|---------------|
| お客様ID | tp-boxx20x | | | ※(http://.....tp-box.jp/asp/お客様ID/...) | |
| フリガナ | カブシキカイシャ ティーピーボックス | フリガナ | ヤマダ タロウ | ご 押印 鈴木 | |
| 組織名 | 株式会社TP-BOX | 代表者名 | 山田 太郎 | | |
| フリガナ | スズキ イチロウ | フリガナ | ソウムブ | | |
| ご担当者名 | 鈴木 一郎 | 部署名 | 総務部 | | |
| 住所 | 〒123-456 東京都〇〇区〇〇〇123-4 〇〇ビル6F | | | | |
| TEL | 03-0000-0000 | FAX | 03-0000-0001 | E-Mailアドレス | xxx@tp-box.jp |

【ご確認事項】

※本サービスは「サイボウズASPサービス契約約款」に基づきご提供いたします。

当社webサイト(http://tp-box.jp/law/)より、約款をご確認いただき、

同意の上、お申込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

※お客様IDにつきましては、体験申し込み時のIDです。(URLの一部にもなっております。)

※捺印をお忘れなく、お願いいたします。

必ずご記入ください。

●お支払情報 ※必ずご記入ください(月払い)

| | | | |
|--------|-----------------------------------|----------|--------------|
| ご請求先名 | 株式会社TP-BOX | ご請求先担当者名 | 鈴木 一郎 |
| ご請求先住所 | 〒123-789 東京都〇〇区〇〇〇123-6 〇〇ビル3F | | |
| TEL | 03-0000-0000 | FAX | 03-0000-0001 |

【ご確認事項】

※ご請求書支払いご変更開始希望日、その他補足事項などあります。翌月末日までにご入金を、お願い申し上げます。
がございましたら、ご記入ください。

備考

平成24年4月30日付で、変更になります。

▼FAX番号

098-936-9552

送付先

有限会社 アラタ

〒904-0117 沖縄県北谷町北前1-11-3

TEL:098-936-9550 FAX:098-936-9552

(営業時間:10:00~18:00)

当社使用欄

確認

登録

受付

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

サイボウズOffice ASPサービス 【お支払情報変更申込書】

●申込日 ※必ずご記入ください

| |
|---------------------------------------|
| お 申 込 日 平 成 年 月 日 |
|---------------------------------------|

【ご確認事項】

通常、申込書を受託し、5営業日以内にご変更開始の対応をさせていただきますが別途、ご変更開始希望日がありましたら、備考欄にご記入くださいませ。

●ご契約者情報 ※必ずご記入ください

| | | | | | |
|-------|---|------|--|------------------------|-------------------------------------|
| お客様ID | | | | | ※(http://…….tp-box.jp/asp/お客様ID/……) |
| フリガナ | | フリガナ | | ご担当者印 押印なき場合は 無効 | |
| 組織名 | | 代表者名 | | | |
| フリガナ | | フリガナ | | | |
| ご担当者名 | | 部署名 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| TEL | | FAX | | E-Mailアドレス | |

【ご確認事項】

※本サービスは「サイボウズASPサービス契約約款」に基づきご提供いたします。
当社webサイト(<http://tp-box.jp/law/>)より、約款をご確認いただき、
同意の上、お申込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。
※お客様IDにつきましては、体験申し込み時のIDです。(URLの一部にもなっております。)
※捺印をお忘れなく、よろしくお願いいたします。

●お支払情報 ※必ずご記入ください(月払い)

| | | | |
|--------|---|----------|--|
| ご請求先名 | | ご請求先担当者名 | |
| ご請求先住所 | 〒 | | |
| TEL | | FAX | |

【ご確認事項】

※ご請求書支払い(銀行振込) 毎月当月分を25日に発行いたします。翌月末日までにご入金を、お願い申し上げます。

| |
|----|
| 備考 |
|----|

| |
|-------------------------------|
| ▼FAX番号 098-936-9552 |
|-------------------------------|

送付先
有限会社 アラタ
〒904-0117 沖縄県北谷町北前1-11-3
TEL:098-936-9550 FAX:098-936-9552
(営業時間:10:00~18:00)

| 当社使用欄 | | |
|-------|----|----|
| 確認 | 登録 | 受付 |
| | | |