

この度はデザリ放題 オールインワンパッケージプラン 代理店にお申し込み頂き誠にありがとうございます。
こちらに必要な事項をご記入の上、FAX (095-894-8430) にて弊社までお送りください。

氏名	フリガナ		
生年月日	平成 昭和 大正	年 月 日	性別 男 女
TEL	FAX		
E-mail			
お勤め先	フリガナ		
お勤め先所在地	〒		
営業エリア	都 道 府 県	エリア	
これまでの 主な実績			
想定営業件数	約	件/月	※契約数ではなくあくまで営業数をご記入下さい。
当サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 (初期費用なし、プラン月額利用料有)		<input type="checkbox"/> 無 (初期費用 10 万円)

ご署名・ご捺印をお願いいたします。

上記内容で「デザリ放題オールインワンパッケージ 代理店」の申し込みをします。

西暦 平成	年 月 日	氏名	印
----------	-------	----	---

<弊社記入欄>

FAX 送信先 : 095-894-8430