

オフィスブレイン大阪 御中

転送電話（逆転送・06・03発着信）入会申込書

平成 年 月 日

ふりがな 契約名義(法人・個人)	
ふりがな 契約者氏名	
ふりがな 契約者住所	〒
契約者電話番号	
契約者FAX番号	
契約者E-MAIL	
ご利用区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
契約期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上6カ月以内
契約開始日	平成 年 月 日
取引を行う目的	
実質的支配者	
職業／事業内容	
暗証番号 ※必須(数字4桁)	
保証金返金暗証番号(英数字10桁)	
転送先着信番号	(割当番号 )
	(割当番号 )
	(割当番号 )
	(割当番号 )
	(割当番号 )
	(割当番号 )
請求書送付先	<input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送
当社を何でお知りになりましたか？	
ご意見・ご要望など	



OFFICE BRAIN

TEL 06-6167-6367  
FAX 06-6167-6368



M  
SU  
SU  
SU  
8M  
SU  
SU  
M  
SU  
130

SU  
SU

B ° v ¥

0 \_\_\_\_\_ 0e \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_

U. \_\_\_\_\_ U. \_\_\_\_\_ S

000e \_\_\_\_\_ 30 4835651 \_\_\_\_\_

  
**OFFICE BRAIN**  
TEL 06-6167-6367  
FAX 06-6167-6368

