

オフィスブレイン 御中

バーチャルオフィス入会申込書

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	
希望契約プラン	<input type="checkbox"/> ホワイト <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> シルバー <input type="checkbox"/> ゴールド
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"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上
契約開始日	平成 年 月 日
身分証明書の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
暗証番号 ※必須(数字4桁)	
保証金返金暗証番号(英数字10桁)	
プリペイド金	<input type="checkbox"/> 5000円 <input type="checkbox"/> 10000円 <input type="checkbox"/> 20000円
郵便物転送先住所	〒
郵便物転送方法	<input type="checkbox"/> 着払い <input type="checkbox"/> 元払い
郵便物転送回数	<input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> 週一回 曜日
郵便物等到着連絡方法	<input type="checkbox"/> 1コール着信 <input type="checkbox"/> E-MAIL(月1000円) <input type="checkbox"/> 報告無し <input type="checkbox"/> 電話(1回毎 100円)
追加名義	(2名まで)
追加名義の場合はその理由	
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



オフィスブレイン利用契約書

1. 貴社が定める利用規約に従います。
2. 申し込み用紙等の提出書類およびホームページからの申し込みに記載された内容に偽りがあったことが判明したときは、サービスを停止されても異存はありません。
3. 故意、または重度な過失により、損害をおかけしたときはその責任を負います。
4. 第三者に迷惑をかける行為、犯罪行為・違法行為には利用しません。
5. 法律及び公序良俗に反したとき、また法的機関からの問い合わせがあった場合はすべての情報を開示する事、強制解約になることを同意いたします。
6. 貴社サービスを通じて発生したあらゆる損害について、一切の損害賠償請求はしません。

以上、利用規約に同意し適正・適法にサービスを利用する事を誓約いたしますので、下記に署名捺印し提出いたします。

平成 年 月 日

契約名義 _____ 業種
(法人の場合)

連絡先 _____ 住所 _____

契約者 _____
生年月日 _____ 契約者氏名 _____ (印)

振込口座：三菱東京UFJ銀行 心齋橋支店 普通 4835651 カ) アイ トウ アイ


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

