

MSシュレッダー保守パッケージプラン申込書

「MSシュレッダー保守パッケージ」サービス約款を確認承諾の上、申し込みます。

■ご購入者：貴社名又はお客様名を記入願います。

貴社名 又は お客様名	(フリガナ)	社印	電話番号	
			FAX番号	
ご住所	(フリガナ)		ご所属名	(フリガナ)
	〒			
	(ビル名、階数)		ご担当者	(フリガナ)

■ご住所と設置場所が異なる場合

貴社名 又は お客様名	(フリガナ)	電話番号	
		FAX番号	
ご住所	(フリガナ)	ご所属名	(フリガナ)
	〒		
	(ビル名、階数)	ご担当者	(フリガナ)

※ビル名、階数の記入をお願い致します。

■対象機器

機種名	
-----	--

申し込み台数

台

■申込プラン ※ご希望のプランをご記入ください。

☐ MS抗菌サービスオプション（機器導入13カ月後の初回点検時より施工/年1回）

タイプ	プラン名	加入年数	金額	定期保守月（希望） （Bプランのみ） ※お申込月以外
		年		
お支払い条件		お支払方法		お支払予定日
				年 月 日

営業記入欄

製品の納品日	
年 月 日	
保守期間	
年 月 日 ~ 年 月 日まで	
所属部署	営業担当
	印

得意先コード	機番
納品先コード	請求先コード
備考欄：連絡事項のある場合は記入してください。	