


# A T W支援サービス利用申込書

株式会社 サイバーリンクス 宛 (FAX : 06-6350-5866)

A T Wサービス利用規約を承諾の上、下記の通りA T W支援サービスを申し込みます。

## 1. ご担当者 (全て必須記入) 変更の場合はチェックしてください。


フリガナ				 ご担当者様
会社名				
部署・役職				
フリガナ				
ご担当者				
フリガナ				
住 所	〒			
ご連絡先	TEL		FAX	
	E-Mail			

※上記はご案内などをお届けする窓口となります。

## 2. お支払い方法 変更の場合はチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 銀行引落し (請求明細発行)			
<input type="checkbox"/> 銀行振込み (請求書発行)	<input type="checkbox"/> 月 額	<input type="checkbox"/> 年 額	

## 3. ご請求書送付先 変更の場合はチェックしてください。(1. と異なる場合のみご記入ください)

フリガナ				 パートナー様
会社名				
部署・役職				
フリガナ				
ご担当者				
フリガナ				
住 所	〒			
ご連絡先	TEL		FAX	
	E-Mail			

申し込み日		契約書番号 (変更・解約時のみ)	
(西暦)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 解約	

## 4. ご契約内容 ※該当項目はチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 新規ID数	ID数 _____ID	※新規お申し込み時のみ記入してください。 ※追加などは下記のID数変更欄に記入してください。	
<input type="checkbox"/> パスワード変更	※パスワード変更の対象となるID全てをご記入ください。		
<input type="checkbox"/> ID数変更	現在ご利用ID数 _____ID	お申込みID数 ※1 _____ID	

・サービス内容の変更は1ヶ月前までの申請が必要です。

※1 現在ご利用のID数と合算してご記入ください。

## 5. サービス希望開始(解約希望)日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から

・本契約締結には2~3週間かかることがありますご希望に沿えない場合もあります。

・解約は1ヶ月前の申請が必要です。


## 6. 支援先企業情報

フリガナ			
会社名			
住 所			

## 7. 備考 ※解約時は対象ID、パスワード変更時はその理由などをご記入ください。


## 《通信欄》お客様のご記入は不要です。

販売形態 S T

パートナー番号				 パートナー様
パートナー会社名				
部署・役職				
担当者				
住所				
ご連絡先	TEL		FAX	
	E-Mail			
備考				