


店POWER・ATW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)

ATWサービス利用規約を承諾の上、下記の通り店POWER・ATW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				 印 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			
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"/> 店POWER・ATW-INOUTサービス	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない		
<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	
	現在のディスク容量	変更後のディスク容量※2	
<input type="checkbox"/> ディスク容量変更	_____ GB	_____ GB	

・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と合算してご記入ください。

※2 現在のディスク容量と合算してご記入ください。ディスク増減は100GB単位で設定ください。

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ご希望に沿えない場合もあります。

・解約は1ヶ月前までの申請が必要です。

6. 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				 印 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				