


床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、下記の通り床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 (請求明細書発行)			
<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 ※該当項目をチェックしてください。

利用プラン	<input type="checkbox"/> 通常プラン		※新規お申込み、または、現在ご利用中のプラン以外を申し込まれる場合に必ず記入してください。
<input type="checkbox"/> 新規ID数	_____ ID		
<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 _____ GB		変更後のディスク容量※2 _____ GB
<input type="checkbox"/> ディスク容量変更	_____ 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。

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				