

申込日 平成 年 月 日

FAX:03-3204-6895
アクト情報サービス株
宗 方 行

アクトオフィスショップ利用登録申込書

ふりがな _____
会社名 _____

ご住所 (ご請求書送付先)

〒 -

部署名 _____

役職名 _____

ふりがな _____
氏名 _____

E-MAIL (ご利用ID・ご注文の確認連絡等に使用しますので必ず記入願います。)

T E L _____

F A X _____

●商品配送先住所 (ご請求先と違う場所に送付する場合記入して下さい。)

ご住所 (商品送付先)

〒 -

部署名 _____

役職名 _____

ふりがな _____
氏名 _____

T E L _____

*商品送付先は商品注文時にいつでも変更・登録出来ます。

【お問合せ先】

アクト情報サービス株式会社
〒169-0072
東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル2F
TEL: 03-3204-6891 FAX: 03-3204-6895
担当 総務部 宗方 清春