

笑栄システム出張サービス

申込書

太枠の中のみご記入下さい。

受付日時： 年 月 日 時

受付NO.

受付担当

名 前		年 齢	
様		歳	
性 別	職 業		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住 所 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
電話番号（日中連絡可能な番号）		FAX番号（ ） -	
1.（ ） -		ご連絡希望時間（ ）時～（ ）時	
2.（ ） -			

お持ちのパソコンのメーカー名・機種名をご記入下さい。

メーカー名	機種名
-------	-----

すでにお申し込みのプロバイダ

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	プロバイダ名（「あり」の方のみご記入下さい）
---	------------------------

依頼内容をご記入下さい。

希望日時	月 日	午前・午後	時～

弊社記入欄

【通信環境】

回線の種類 アナログ / ISDN / ADSL / ケーブルTV

設定場所までの距離 km 分

【プロバイダ情報】

プロバイダ名

お申し込み・お問い合わせ・・・(有) 笑栄システム

TEL.0265-70-1027

FAX.0265-70-1028