



# アクアクララ会員入会申込

会員NO \_\_\_\_\_

□ 別紙アクアクララ会員規約を了承の上、下記の通り申込み致します。お申込日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 (□欄にご承認後、チェックを付けてください)

**(お客様ご記入欄)**

お名前	(フリガナ)		印
	_____		
※法人のお客様は法人名とご担当者をご記入ください。			
ご住所	(フリガナ)		〒 _____
	_____		
※マンション名までご記入ください。			
ご連絡先	① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 会社	ご入会者様 生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 会社		
身分証明確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )		
家族構成	(男性 _____ 人) (女性 _____ 人) (お子様 _____ 人)		
メールアドレス	_____		
ご勤務先 ※もしくはご家族など 緊急のご連絡先	所在地		〒 _____
	TEL		FAX
お申込方法をご回答ください	<input type="checkbox"/> 営業担当者による営業行為 <input type="checkbox"/> ホームページからのお申込 <input type="checkbox"/> 社内関係によるお申込 <input type="checkbox"/> 店頭・代理店からのお申込 <input type="checkbox"/> お電話にてお申込 <input type="checkbox"/> 催事・試飲会場におけるお申込 <input type="checkbox"/> 他社からのお切替 <input type="checkbox"/> 知人からのご紹介 <input type="checkbox"/> お引越しにおけるお申込 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 振込※法人のみ <input type="checkbox"/> その他( ) ※クレジットカードにチェックをされた方のみご記入ください。※カード名義はカードに記載されているローマ字表記のままご記入下さい。		
何の媒体を見てお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> アクアクララ店舗 <input type="checkbox"/> 折込チラシなどのチラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> テレビCM <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 知人から紹介されて		
	カード名義 _____ クレジットカード種類 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース カード番号 _____ 有効期限 _____ 月 _____ 年 ※左詰めで記入		

**◆会員種別・業種区分**

<input type="checkbox"/> 一般会員	戸建・マンション・アパート・公団 寮・文化住宅・その他
<input type="checkbox"/> 法人会員	20人以下・21~99人・ 100人以上
<input type="checkbox"/> 店舗会員	飲食店・美容院・ヘルスケア ホテル・旅館・病院・スタント 教育施設・文化施設 催事会場・車産業 通信産業・報道産業 レジャー産業・公共機関 金融・保険業 その他
<input type="checkbox"/> P会員	事務所・店舗・飲食店・ 催事会場・その他
<input type="checkbox"/> 短期会員	選挙事務所・工事現場・ イベント会場・その他

■上記会員お申込お届け住所と請求書送付先が異なる場合は、下記にご記入ください

ご請求書送付先	お客様名	(フリガナ) _____
	ご住所	(フリガナ) _____ 〒 _____

設置希望日	_____ 月 _____ 日 ( )
-------	---------------------

※設置希望日はご希望に添えない場合がございます。

**■お申込サーバー機種**

<input type="checkbox"/> アクアアドバンス	<input type="checkbox"/> クリアブラック <input type="checkbox"/> モカブラウン <input type="checkbox"/> ダークバイオレット <input type="checkbox"/> ト <input type="checkbox"/> アズブルー	<input type="checkbox"/> アースグリーン <input type="checkbox"/> コットンイエロー <input type="checkbox"/> ベビーピンク <input type="checkbox"/> ピュアホワイト	<input type="checkbox"/> アクアペルト <input type="checkbox"/> パステルホワイト <input type="checkbox"/> パステルグリーン <input type="checkbox"/> ダークブルー <input type="checkbox"/> ダークレッド	<input type="checkbox"/> アクアスリム <input type="checkbox"/> アクアクレール Sサイズ
-----------------------------------	---	--	---	--

- 太枠内の項目については必ずご記入下さい。
- 各選択項目の □ にチェックをお付け下さい。
- 連絡先に連絡が不可の場合はご勤務先へ連絡させて頂く場合がございます。
- お客様の個人情報は、個人情報保護法のもと厳重に管理させて頂きます。

◆通信欄
------

**弊社記入欄**

営業エリア	_____	営業担当者	_____
サーバー情報	年 _____ 月 _____ 日 設置 (サーバー機種)	_____ 台	<input type="checkbox"/> Lサイズ (シリアルNO) <input type="checkbox"/> Sサイズ
配達エリア	_____ - _____	アクアクララグループ アクアショップふえふき フルアップ合同会社 山梨県笛吹市石和町中川523-1 TEL 0800-800-3217 FAX 055-269-6764 <a href="http://www.aquashop-fuefuki.com">http://www.aquashop-fuefuki.com</a>	
配達担当者	_____ (地図番号)	責任者	担当者
納品先情報	<input type="checkbox"/> 不在置き可能	①( ) ②( )	