

# リードコナン光 転用申込書

FAX 方向

No.1

この度は、ご注文ありがとうございます。

本票は、機械で読み取りいたしますので、注意事項に沿って、丁寧に記入いただきますようお願いいたします。

お申込み日	西暦			年	月	日
お申込者名	フリガナ			フリガナ		
	姓			名		
ご契約者名	フリガナ			フリガナ		
	姓			名		
設置場所 ご利用住所	〒			都道府県		区市群
				ビル・マンション名		階号室
ご契約者 生年月日			年	月	日	
連絡先電話番号 (第一希望)				<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> お勤め先	平日の昼間にご連絡のできる 携帯電話・勤務先を左詰めに てご記入願います。
連絡先電話番号 (第二希望)				<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> お勤め先	
メールアドレス						@
携帯電話 メールアドレス						@
工事 希望条件	<input type="radio"/> 平日	<input type="radio"/> 土日 祝日	<input type="radio"/> 最短	<input type="radio"/> その他		工事 希望時間
申し込み 種別	<input type="radio"/> 転用 ※フレッツ光をご利用の方					
ご利用 回線タイプ	<input type="radio"/> 戸建 持家	<input type="radio"/> 戸建 賃貸	<input type="radio"/> 集合住宅 持家	<input type="radio"/> 集合住宅 賃貸		
ひかり電話	<input type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 転用	<input type="radio"/> 不要			
支払方法	<input type="radio"/> 口座振替	<input type="radio"/> クレジットカード	<input type="radio"/> 請求書の発行を希望する ※発行手数料 150 円 (税込) が請求されます。			
記事欄						

私はリードコナン光会員規約および個人情報の取り扱いに同意のうえ、リードコナン光を申し込みます。

署名

弊社記入欄

受付担当者		事業者受付番号				
入力担当者		CAF 番号				
入力日付		工事日				
特記事項						

FAX : 019-613-3346

