


## ◆AED&amp;自販機設置申込書◆



F A X 0286-16-6261

お申込日	平成 年 月 日	
貴社名	フリガナ 様	
ご担当者名	フリガナ 様 	
フリガナ ご住所	(〒 )	
電話番号	( ) ー	
FAX番号	( ) ー	
Email	@	
ご確認事項1	◆ AEDに関する概要書類を希望されますか？ ※機器使用説明は導入後となります。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ご確認事項2	◆ 現在、缶飲料自動販売機を設置していますか？ <input type="checkbox"/> はい メーカー( ) <input type="checkbox"/> いいえ 月	
フリガナ 設置場所 ※上記ではない 場合	(〒 )	
契約年数/ 導入年月	契約 年	導入 年
その他条件		
備考		

※ FAX申込受付次第、担当からご連絡をいたします。

※お客様情報につきましては、第三者に開示致しません。