

## 全老健共済会オートリースサービス申込書

株式会社 全老健共済会 行

申込依頼日 平成  年  月  日

別添の見積書通りにオートリース契約を申し込みます。

お申込み対象施設	施設住所		〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>	
	カナ					
	都道府県					
	施設名		カナ			
	代表者		カナ	氏名		
担当者役職・氏名		カナ	担当者氏名			
担当者連絡先		住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 設置法人 <input type="checkbox"/> その他			カナ	都道府県		
			名称	カナ		
		E-mail				

印

法人情報欄	住所		〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	TEL <input type="text"/>	FAX <input type="text"/>	
	カナ					
	都道府県					
名称		カナ				
導入施設		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 居宅事業所 <input type="checkbox"/> その他				

※お客様(もしくは本書)の情報は、オートリースサービス提案の目的以外には使用しません。  
また、目的達成の範囲内において、弊社を通して間接的に本サービスの引受け先であるオートリース会社にお客様の情報を提供いたします。

事務処理欄	着信	DB 入力
-------	----	----------