

# 全老健共済会 オートリースサービス 説明・見積もり依頼書

送信先:全老健共済会 事業部 事業課 **FAX:03-5425-6901**

全老健共済会のオートリースサービスは、日立キャピタルオートリース株式会社との協力体制でご提供させていただくものです。

詳細につきましては、全老健共済会を通し日立キャピタル社の担当者よりご説明・お見積を作成させていただきます。ご用命の際は、以下のご希望項目に☑を、連絡先にご記入をいただき、FAXにて弊社までお送りくださいますよう、宜しくお願い申し上げます。

到着後、日立キャピタル社に取り次ぎをいたし、ご対応をさせていただきます。よろしくお願い申し上げます。

A : 説明を希望する  日立キャピタルオートリース株式会社

B : 説明は  電話による説明を希望  訪問による説明を希望

C : 資料の送付を  希望する  希望しない

D : 見積を希望する  ※ダイレクトに見積もり依頼を頂戴した場合でも、見積もり条件確認の為にリース会社よりご連絡をさせていただきます。予めご了承くださいませよう、よろしくお願い申し上げます。

## ■ご担当者様連絡先

法人名称			
上記法人住所	〒 <input style="width: 100px;" type="text"/>	TEL <input style="width: 150px;" type="text"/>	FAX <input style="width: 150px;" type="text"/>
	都道 府県		
老健施設名称		正会員 番号	
上記施設住所	〒 <input style="width: 100px;" type="text"/>	TEL <input style="width: 150px;" type="text"/>	FAX <input style="width: 150px;" type="text"/>
	都道 府県		
お名前・役職 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 設置法人	カナ		
	お名前		役職
E-mail			

※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。

本件のお問合せ先 株式会社全老健共済会 事業部 事業課 (担当: 田辺・亀田) 電話番号: 03-5425-6900

事務処理欄	着信	入力	転送	備考
-------	----	----	----	----