

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 令和 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (TEL) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (FAX) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> カナ 都道 府県
	施設名	カナ
	代表者	カナ 役職 氏名 <div style="text-align: right;">印</div>
	担当者 役職・氏名	カナ 担当者役職 担当者氏名
	担当者連絡先 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 設置法人 <input type="checkbox"/> その他	住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (TEL) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (FAX) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> カナ 都道 府県 名称 カナ E-mail

法人情報欄	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (TEL) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (FAX) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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
-------	----	----------