加盟店申込書（ＦＡＸ申込用）

FAX 075-803-6652

当社(私)は、貴社の「加盟店様向け個人情報の取扱い等について」及び「反社会的勢力に対する基本方針及び排除に関する規定」・「加盟店情報の共同利用について」に同意・承諾のうえ、貴社加盟店加入の申し込みをいたします。

お申込日	平成　　年　　月　　日

お申込者	□法人　□個人事業主　□その他（　　）	
（カナ） 会 社 名		
（カナ） ご 住 所	□□□-□□□□	
電話番号		
（カナ） 代表者		生年月日（西暦）
	様	年　　月　　日生
	※個人事業主の方の場合は、自宅電話番号又は携帯番号をご記入ください。 ➡ （　　）	

販売形態 （※複数選択可。）	□店頭販売　□特定継続的役務提供　□医療　□美容医療 □その他（　　）

お取扱商品 （※複数選択可。）	□エステ全般(美容器･美顔器含む)　□治療費　□美容整形外科 □貴金属　□各種スクール　□用具･用品　□売切り商品 □その他(　　)

ご担当者様名	様
連 絡 先	□自宅　□会社　□携帯　□その他
電話番号	

連絡希望日時
月　　日
：　　頃

メールアドレス	

備　　考 ※ご質問・ご要望等がございましたらご記入下さい	

【クレジット会社記入欄】	受　付