

申込日 平成 年 月 日

株式会社 **メディング** 宛
Fax:(088) 692-7333

Meding OnLine 代理店様向け申込書

当申込書は、**Meding On Line** をご利用いただくための申込書です。
下記1～3にご記入の上、当社営業担当へお渡しいただくかFAXにて送付をお願い申し上げます。
数日中に、ご利用頂くための情報をご連絡させていただきます。

Meding OnLine利用規約に同意し申し込みます。

1, 貴社名

貴社名： _____

営業所名： _____

2, 連絡先

住 所： _____

T E L： _____

F A X： _____

3, ご担当者 ※E-mail アドレスは必ずご記入下さい

部 署： _____

お名前： _____

E-mail： _____

T E L： _____

F A X： _____

◇◇以下、メディング使用欄◇◇

受 付 日： _____

ユーザーID： _____

初期パスワード： _____

| 承認 | 承認 | 担当 |
|----|----|----|
| | | |