アシストＢＯＸ野川　利用申込書

お申し込み日　　令和　　年　　月　　日

ご希望タイプ　　□A　□B　□C　□D　□E

ご利用希望日　　令和　　年　　月　　日から

収納予定品目　　〔　　〕

【個人のお客様】 ※未成年者の申し込みは出来ません

フリガナ	生年月日　　年　　月　　日
お名前	㊞
住　所	〒（　　－　　）
連絡先	TEL　　FAX
	email　　@　　携帯
職　業	□会社員　□自営業　□主婦　□その他〔　　〕

【法人のお客様】

フリガナ	設立　　年　　月　　日
会社名	業種〔　　〕 ㊞
住　所	〒（　　－　　）
連絡先	TEL　　FAX
	email　　@　　ご担当者名

FAX送り先 ⇒ 044-777-2967

※身分証（個人：免許証、法人：会社謄本）も一緒にお願いします