



サービス申込書

『お部屋の安心検診サービス約款』を受領し、第2条に基づき『J-FORCE お部屋の安心検診サービス』利用のための申込を行います。

※お申込者氏名	フリガナ		印	
※お申込者住所	フリガナ		都 道	市 区
	〒	府 県		町 村
※電話番号	-		FAX	-
その他ご連絡先	携帯電話等			
お申込者E-mail	@			
※検診タイプ	<input type="checkbox"/> 1LDK 18,900円		<input type="checkbox"/> 2LDK 25,200円	
	<input type="checkbox"/> 3LDK 31,500円			
※検診希望日時	第1希望	希望時間	9:00~22:00の間でご記入下さい ()	
	第2希望	希望時間	9:00~22:00の間でご記入下さい ()	
	第3希望	希望時間	9:00~22:00の間でご記入下さい ()	
※お支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(前払)		<input type="checkbox"/> 代金引換	
検診場所 (上記お申込者住所と異なる場合のみご記入下さい。)	フリガナ		都 道	市 区
	〒	府 県		町 村
備考欄				
特記事項	※※印の項目は必須項目です。 ※当社からのご連絡にご指定がある場合は備考欄にご記入御願ひ申し上げます。			
パートナー記入欄				
パートナー会社名			担当者	
連絡先(携帯電話)	-			

1.弊社(上記、契約会社)は、本書の記載事項が正確かつ最新であることを保証するものとし、本書記載事項に変更のある場合は改めて本書を提出します。
 2.本書記載事項に基づく過誤弁済等の事故につき、貴社ジャパン・ータルサービスは一切責任を負わないものとします。
 3.弊社(上記、契約会社)は、上記個人情報(以下、本件個人情報といいます)が情報主体の同意にもとづき適法かつ適切に取得されたものであること、また、本書にもとづき貴社への本件個人情報の開示がいかなる法令または契約上の義務等にも違反しないことを保証します。なお、本件個人情報は、貴社・弊社間の貴社本サービス提供に必要な範囲内でご利用願ひします。