お申込先FAX番号011－219－1956

会計ASPサービス「アブリビ」申込用紙

「会計ASPサービス「アブリビ」利用規約」に同意し、以下のサービスの利用申込をいたします。

お客様情報

ご記入日　　年　　月　　日

（フリガナ）			印
お客様名			
代表者名		担当部署 担当者名	
住所	〒　　－		
電話番号	－　　－	FAX	－　　－

グループ管理者情報

※お客様の実務担当者をｸﾞﾙｰﾌﾟ管理者としてご指定下さい

（フリガナ）			
ｸﾞﾙｰﾌﾟ管理者名			
ｸﾞﾙｰﾌﾟ管理者 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	@ ※このメールアドレスにサービス開始に必要なID・仮パスワードや障害発生時の緊急情報などを配信いたします		
ｸﾞﾙｰﾌﾟ管理者 電話番号	－　　－	FAX	－　　－

ｸﾞﾙｰﾌﾟ管理者 ID		※グループ管理者としてログインする際にご利用になる文字列をご指定下さい。半角3～12文字でご指定下さい。ご利用可能な文字は半角英数字「A～Z、0～9」、ピリオド「.」、ハイフン「-」、アンダーバー「_」です。
ｸﾞﾙｰﾌﾟ名称登録		※ブラウザ画面上に表示されるｸﾞﾙｰﾌﾟ名をご指定下さい。漢字、ひらがな、カタカナで20文字以内でご指定下さい 例)山田税理士事務所

ご契約内容

※料金規定をご確認の上ご記入下さい。ディスク容量増量のない場合は0口と記入して下さい

基本メニュー ＋ オプションサービス（共用ディスク容量増量 500MBX（　）口＝　　MB増量

サービス料金支払方法 □ 口座引落　□ 振込 ※どちらかにチェックを入れてください。口座引落の場合は後日依頼書を送付します

請求書送付先

※請求書送付先が上記のお客様情報と異なる場合にご記入下さい

送付先名			
住所	〒　　－		
電話番号	－　　－	担当部署 担当者名	