

〒104-0033 東京都中央区新川 1-5-13 伊成ビル 5F

株式会社ネットワーク 電話会議 担当 行

FAX : 03-5540-6530 / TEL : 03-5542-3289

## 電話会議サービス新規ご利用登録申込書(FAX用)

e 会議サービスをご利用の際にはアカウントおよびパスワードが必要です。  
初期アカウントおよびパスワードについては申込書の受付後、2～3営業日以内に E-mail にてお知らせいたします。

お急ぎの場合は、即日アカウント発行も行っております。その際には、電話にてその旨お伝えください。  
(弊社営業時間内のみのお受付とさせていただきます。)

|    |             |    |    |   |   |                                      |
|----|-------------|----|----|---|---|--------------------------------------|
| 1  | 申込年月日       | 必須 | 西暦 | 年   | 月 | 日                                    |
| 2  | グループ名*      | 必須 |    |   |   | 会社名、会社名+事業<br>部名、団体名等                |
| 3  | グループ名フリガナ   | 必須 |    |   |   | カタカナで先頭から<br>3文字以上                   |
| 4  | 担当部課名       |    |    |   |   |                                      |
| 5  | 担当者氏名       | 必須 |    |   |   |                                      |
| 6  | 担当者氏名フリガナ   | 必須 |    |   |   | カタカナで先頭から<br>3文字以上                   |
| 7  | 電話番号        | 必須 |    |   |   | 市外局番から数字だけで<br>ご記入下さい                |
| 8  | F A X       | 必須 |    |   |   | 市外局番から数字だけで<br>ご記入下さい                |
| 9  | E - m a i l | 必須 |    |   |   |                                      |
| 10 | 郵便番号        | 必須 |    | -   |   |                                      |
| 11 | 住 所         | 必須 |    |   |   | 都道府県名から<br>お書き下さい                    |
| 12 | ビル・マンション名   |    |    |   |   |                                      |
| 13 | e 会議利用      | 必須 |    | イージーコンファレンス <input checked="" type="checkbox"/> |   | クイックコンファレンス <input type="checkbox"/> |

\* : グループ名は、会社名、会社名+事業部名団体名などお申し込み単位です。

### 請求書送付先

申込者と同じ(以下記入不要)

申込者と別(2枚目にも必要事項をご記入下さい。)

|    |             |    |  |   |  |                       |
|----|-------------|----|--|---|--|-----------------------|
| 14 | 会社名(グループ名)  | 必須 |  |   |  |                       |
| 15 | 担当部課名       |    |  |   |  |                       |
| 16 | 担当者氏名       | 必須 |  |   |  |                       |
| 17 | 担当者氏名フリガナ   | 必須 |  |   |  | ひらがなで先頭から<br>3文字以上    |
| 18 | T E L       | 必須 |  |   |  | 市外局番から数字だけで<br>ご記入下さい |
| 19 | F A X       |    |  |   |  | 市外局番から数字だけで<br>ご記入下さい |
| 20 | E - m a i l | 必須 |  |   |  |                       |
| 21 | 郵便番号        | 必須 |  | - |  |                       |
| 22 | 住 所         | 必須 |  |   |  | 都道府県名から<br>お書き下さい     |
| 23 | ビル・マンション名   |    |  |   |  |                       |

以 上