FAX 送付先 **099-812-8110**（24 時間受付）

シナプス・コネクト申込書

株式会社シナプス 行

お申し込み日	年　月　日

私は御社のインターネットサービス「SYNAPSE」に加入したく、「シナプス利用規約」「SYNAPSE プライバシーポリシー」および支払い条件を承諾の上、以下の通り申込みます。

お客様の情報

ご契約者名 （法人・組織名）	フリガナ		
代表者名	フリガナ	**ご担当者名**	フリガナ 部署
ご担当者生年月日	大正・昭和 平成・西暦　　年　月　日		
ご住所	〒(　　－　　)		
お電話	携帯電話	(　　)　　－	
	固定電話	(　　)　　－	
	FAX	(　　)　　－	

現在ご利用中のサービスの確認 ※下記メニューのいずれかをご利用中であることがシナプス・コネクトのお申込条件となります。

□ シナプス・プラス1	□ シナプス・光マンション	□ オフィスパック・プラス
□ シナプス・プラス3	□ ホスティング・プラス	□ オフィスパック
□ シナプス・プラス6	□ シナプス・ビジネス IP プラン	□ スクールパック
□ シナプス・プレミア	□ シナプス・ドコモ光タイプ A	

上記メニューの接続アカウントまたは契約 ID、お客様番号のいずれか	➔

お申し込みサービス

利用サービス	☑シナプス・コネクト ➔ □ メニュー追加申込 □ メニュー変更（変更するメニュー名：　　）
利用開始日希望日	20□□年□□月□□日

取扱店コード	
取扱店名	
担当者名	

当社利用欄		受付担当
	お客様番号	年　月　日
		登録担当 年　月　日

20190501