FAX送付先●099-812-8113

「シナプス・コネクト」申込書

株式会社シナプス 行

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うえ、以下の通り申し込みます。

申込年月日　　年　　月　　日

必ずご記入ください。

1.ご契約者情報

ご契約者属性	種別（□ 法人　□ 官公庁　□ 自営業　□ 任意団体　□ 学校　□ その他）					
ご契約者名	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	西暦　　年　　月　　日	性 別	男・女
ご住所	〒（　　-　　）ビル名やフロア、部屋番号まで明記ください。					
電話番号	（　　）　　-	FAX番号	（　　）　　-	平日昼間の ご連絡先	（　　）　　-	

2.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、契約IDもしくはお客様番号	

3.ご利用するサービスについて

申し込み内容	☑ シナプス・コネクト 月額700円（税抜） □ メニュー追加申込 □ メニュー変更（変更するメニュー名：　　）
ご利用開始 希望日	西暦　　年　　月　　日

取扱店コード
取扱店名
担当者名

当社利用欄

お客様番号：

	受付担当　年　月　日
	登録担当　年　月　日