

FAX
022-723-1262

1/2

プラスヴォイス 代理電話サービス申込書

私は別紙規約を了解の上、プラスヴォイス代理電話サービスを申し込みます。

お申込年月日	年	月	日			
ふりがな						
ご契約者名	印					
ふりがな						
ご住所 (アパート名・ 部屋番号も ご記入下さい)	〒					
TEL		FAX				
メール(携帯)						
メール(パソコン)						
生年月日	西暦	年	月	日生	性別	男・女
料金コース	<input type="checkbox"/> フリーコース (330円/回) <input type="checkbox"/> ミニコース (1,100円/月:5回まで) <input type="checkbox"/> ライトコース (2,200円/月:10回まで) <input type="checkbox"/> ミドルコース (3,300円/月:20回まで) <input type="checkbox"/> ヘビーコース (5,500円/月:回数無制限) ※回数超過分は330円/回					
支払い方法	【毎月払い】 <input type="checkbox"/> 口座振替・自動払込		【1年分一括払い】 <input type="checkbox"/> 口座振替・自動払込 ※フリーコースは1年分一括払いは ご利用頂けません。			
※別紙「プラスヴォイス代理電話利用規約」をご参照ください	※支払い方法について ・口座振替・自動振込 ・「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」を送付しますので必要事項をご記入の上、プラスヴォイスまでご返送ください。					

※ご記入いただいた個人情報はサービス実施、案内資料の送付以外の目的に使用することはありません。法令に基づく場合を除き第三者に提供することはありません。適切に管理した委託先に業務の一部を外部委託します。個人情報の記入は任意です。個人情報の開示請求については、当社ホームページのプライバシーポリシーをご参照ください。

個人情報問合せ窓口: TEL 022-723-1261 FAX 022-723-1262

責任者: 個人情報保護管理者

申込書2/2、本人確認証のコピーもお送りください

プラスヴォイス 代理電話サービス申込書

ご契約者名			
通信手段 (代理電話で 使用する方法)	利用 (○)	通信手段	番号、ID
		FAX	
		Eメール	
		iMessage	
		Skype	
		Facetime	
		LINE(IDをお知らせ下さい)	
		PLUSVoice SkyRTC	
		その他 ()	
代理電話の 主な用途	(例:家族への連絡、出前、役所への問い合わせ…)		
備考 その他ご意見			

※以下の本人確認となる書類の中から1つ選びコピーと本申込書を一緒にお送り下さい。

[本人確認書]

身体障害者手帳、運転免許証、健康保険証、学生証、社員証 等

FAX
022-723-1262

*** 家族利用申込書 ***

利用者 1	ふりがな		契約者との 続柄	
	利用者名			
	生年月日	西暦 年 月 日生	性別	男・女
	通信手段	※プラスヴォイス代理電話サービス申込書2/2の通信手段、番号、IDと異なる場合のみご記入下さい。		
利用者 2	ふりがな		契約者との 続柄	
	利用者名			
	生年月日	西暦 年 月 日生	性別	男・女
	通信手段	※プラスヴォイス代理電話サービス申込書2/2の通信手段、番号、IDと異なる場合のみご記入下さい。		
利用者 3	ふりがな		契約者との 続柄	
	利用者名			
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
	通信手段	※プラスヴォイス代理電話サービス申込書2/2の通信手段、番号、IDと異なる場合のみご記入下さい。		

※以下の本人確認となる書類の中から1つ選びコピーと本申込書を一緒にお送り下さい。

[本人確認書]

身体障害者手帳、運転免許証、健康保険証、学生証、社員証 等