

◇ 携帯やパソコンからの予約システムサービスを、お申込みのお客様
Fax した後、郵送でご送付下さい。(Fax の送付は、省略可能です。)

【宛】サイバーメイト CCB 予約システムサービス申し込み担当者宛 【Fax 番号】 06-6863-6301

【住所】 〒561-0852 大阪府豊中市服部本町 1-5-2 2

申 し 込 み 書

(※サイバーメイト CCB が提供する、携帯やパソコンからの予約システムサービスに以下の通り申し込みます。)

申 込 者	申し込み年月日	年 (西暦) 月 日		
	お名前	印		
	ご住所	〒 -		
	お電話番号		Fax	
	メールアドレス			
店 舗 情 報	企業名・店舗名			
	企業・店舗所在地	〒 -		
	企業・店舗の電話番号		店舗の Fax	
	店舗でのメールアドレス			
	営業時間 1	(午前)	～	(午後) ～
	営業時間 2	(午前)	～	(午後) ～
	定休日			
	単位時間のコマ数	()	分間に	() コマ で予約システムを運用希望
	ご利用の PC の OS	<input type="checkbox"/> Win2000 <input type="checkbox"/> WinME <input type="checkbox"/> WinXP <input type="checkbox"/> WinVista <input type="checkbox"/> Windows7 <input type="checkbox"/> MacOS9 <input type="checkbox"/> MacOSX		
	インターネットプロバイダー			
	当初のシステムユーザ数	予約システム利用開始時には、 人程度		
予約における特別事情				
契 約 関 連 情 報	ご契約期間	<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年		
	契約金額	<input type="checkbox"/> 6,300円×3ヶ月=18,900円 <input type="checkbox"/> 5,775円×6ヶ月=34,650円 <input type="checkbox"/> 5,250×12ヶ月=63,000円		
	打ち合わせ希望日	西暦	年	月 日 (曜日) : 頃より
	サービス開始希望日	西暦	年	月 日 曜日より
	契約責任者	西暦	年	月 日
	(ご役職)	(ご署名)		