



無料お試しプラン申込用紙

FAX送信日(お申込日)	送信先：クリクラ太田
月 日 送信	FAX 番号 0120-932-466

※以下に必要事項をご記入の上、ファックスにて送信してください。
[※]のある項目は必須ですので、必ずお書き込みください。
後ほど当社担当者よりご連絡させていただきます。

お名前 ※	ふりがな _____
会社名 (法人の場合のみ)	ふりがな _____
配達先住所 ※	〒 _____ (配達エリアであることをご確認ください) 広島県
オートロック付 ※	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご連絡先電話番号 ※	_____
FAX番号 ※	_____
メールアドレス ※	_____
サーバーのサイズ ※	<input type="checkbox"/> 床置用(L型) <input type="checkbox"/> 卓上用(S型)
同居人数 ※	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 2人暮らし <input type="checkbox"/> 3人暮らし <input type="checkbox"/> 4人暮らし <input type="checkbox"/> 5人暮らし以上
ご利用のきっかけは? ※	<input type="checkbox"/> チラシ各種広告 <input type="checkbox"/> 友人知人の紹介 <input type="checkbox"/> 配送車両を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当社社員より <input type="checkbox"/> 勤め先が使用している <input type="checkbox"/> その他
備考・要望	_____