

FAX. 050-3737-2940

※1) FAXの送信間違いには充分ご注意ください。
※2) 診断依頼項目の料金明細書と一緒に送信して下さい。

経費削減WIN!診断依頼

FAX
送信方向

FAX. 050-3737-2940

※ FAXの送信間違いには充分ご注意ください。

FAX送信日
平成 年 月 日送信

貴社名/店舗名	
---------	--

担当者名	(役職)
------	------

電話番号 / FAX番号	/
--------------	---

メールアドレス	@
---------	---

住所	〒
----	---

業種	
----	--

希望連絡時間	
--------	--

診断希望項目	<input type="checkbox"/> 電気料金	<input type="checkbox"/> 通信料金	<input type="checkbox"/> トナー代
	<input type="checkbox"/> 設備保守	<input type="checkbox"/> 振込手数料	<input type="checkbox"/> ETC料金
	<input type="checkbox"/> クレジットカード決済	<input type="checkbox"/> 補助金・助成金	

■ 下記の内容に同意して経費削減診断を依頼します。

1. 弊社基準により弊社サービス実施による効果が見込めないと判断した場合、お申込をお受けいたしかねます。
2. 弊社基準により削減効果が見込めると判断した場合、本サービスの契約・履行に移らせて頂きます。
※ 上記2. は必ずしも経費削減診断の必要条件ではございません。万が一諸事情が発生した場合は、別途ご相談ください。
3. 本サービスは、経費削減WIN!顧客または最終需要家に提供するサービスです。同業他社による本診断結果の商用利用転用は固くお断り致します。
4. 本申込により実施される削減診断結果について、第三者への開示やキャリア・メーカー等への直接のご連絡に関しては、本サービスの遂行に支障を及ぼし、お客様の不利益になる可能性が有りますので、固くご遠慮願います。
5. 万が一、上記内容に不義等生じた場合は、今回の削減診断に発生した経費及び経費削減WIN!の損害に対して請求させて頂く場合がございますので、予めご了承下さい。

パートナー使用欄

会社名 _____

支店/営業所 _____

担当者 _____

連絡先 _____