



# 新規登録FAX用紙(AG専用)

太枠内は必ずご記入ください

●お客様に「お客様情報および個人情報の取扱いについて」をご一読いただき、同意を得た上で、ご記入ください。なお下記口欄のチェック、ご同意日、ご同意者名の一つでも未記入の場合、登録できません。

ご同意日 ※西暦でご記入ください。

西暦 20 年 月 日

お客様情報および個人情報の取扱いについて、お客様に同意をいただきました。

ご同意者名 (20文字)

\_\_\_\_\_

336

ご登録電話番号

※左詰めでハイフン(-)もひとマスに入れ市外局番よりご記入ください。フリーダイヤル、携帯電話での登録はできません。

\_\_\_\_\_

FAX番号

※左詰めでハイフン(-)もひとマスに入れ市外局番よりご記入ください。必ずFAX番号もご記入ください。

\_\_\_\_\_

A - 11 - 001

◆インターネットでのご注文・ご利用登録を希望されない場合は、右記口欄に✓印をご記入ください。 ※口欄に印を記入されない場合はインターネットでのご注文・ご利用を希望されたものとみなし登録完了後、アスクルWebサイト(http://www.askul.co.jp/)にログインするための仮パスワードを登録FAX番号宛に送信させていただきます。

 希望しません

※フリガナを必ずご記入ください。お届け先(ご登録先)のご住所を、手書き、楷書で正しくご記入ください。

フリガナ \_\_\_\_\_  
会社名 (30文字) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_  
責任者名 (10文字) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_  
部署名 (20文字) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_  
ご担当者名 (10文字) \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

都道府県 \_\_\_\_\_ 市区郡 \_\_\_\_\_

町名 (14文字) \_\_\_\_\_ 丁目・番地 (12文字) \_\_\_\_\_

ビル名 (20文字) \_\_\_\_\_

### 医療関連施設確認

医療関連施設の場合のみ下記から番号をご記入下さい。それ以外は空欄でお願いします。

01: 医療 02: 薬局(高度) 03: 薬局  
04: 訪問看護 05: 介護

### 業種

下記よりお選びいただき、該当する数字をご記入ください。(右詰でご記入ください)

- |                  |                      |                   |
|------------------|----------------------|-------------------|
| 1. 医療/福祉/メディカル関係 | 8. IT/コンピューター/Web関係  | 15. 旅行/ホテル/レジャー関係 |
| 2. 運輸/倉庫/物流/交通関係 | 9. 広告/出版/印刷/DTP関係    | 16. メンテナンス/警備関係   |
| 3. 金融/保険関係       | 10. 放送/通信/情報サービス関係   | 17. ファブ/ファッション関係  |
| 4. 不動産/建設/設備関係   | 11. 流通/外食/サービス関係     | 18. 農林水産業関係       |
| 5. 製造/メーカー関係     | 12. 会計/法律関係          | 19. 行政/公共関係       |
| 6. 業社/商関係        | 13. 企画/コンサルティング関係    | 9999. その他         |
| 7. 小売業関係         | 14. 人材/教育/インストラクター関係 |                   |

### AGコード

\_\_\_\_\_

### AG社名

\_\_\_\_\_

### カタログ送付ご希望

✓印がない場合はアスクルカタログのみをお送りします

 アスクルカタログと医療・介護用品カタログをセットで送付希望

### ご請求締切日

右記のどちらかをお選びいただき、✓印をご記入ください。

10日締め 月末締め  
当月25日 お支払い 翌月15日 お支払い

(ご記入がない場合は10日締めとなります)

### お支払方法

右記のどちらかをお選びいただき、✓印をご記入ください。

銀行振込 郵便局/コンビニ支払い

(ご記入がない場合は銀行振込となります)

### 銀行口座

01 02 03

振込先口座を右記からお選びいただき、✓印をご記入ください。(ご記入がない場合は「01」の口座となります) ※銀行口座につきましては、Web-AGSでご確認ください。

※口座自動振替(手数料無料)によるお支払いをご希望の場合は、後日申込書をお送りしますので、右記口欄に✓印をご記入ください。

 希望します ※今回のお支払は銀行振込もしくは郵便局/コンビニ支払いとなります。

### 請求書送付先

(チェックがない場合はお客様へ送付となります)

 AG入れ

### 与信限度額

1,000円~99,000円までご設定いただけます。(ご記入がない場合は、30,000円となります)

\_\_\_\_\_,000円

- 上記のAGコードとAG社名欄を、必ずご記入ください。
- 当用紙はコンピュータで処理するため、枠外の文字は読み取れませんのでご注意ください。

FAX. 0120-345-417