

# 『日介協ネット』 ウィズカウネット登録申込用紙

登録法人名：日介協ネット

株式会社キングラン・メディケア 宛

欲しい景品番号  
①～②を記載してください

〈ご登録内容・商品お届け先〉 ※全て記入必須項目となります。

お申込年月日	年 月 日	日介協会員番号
(フリガナ)		
法人名		
(フリガナ)		
事業所名		
郵便番号	〒( )	
住所		
電話番号	( )	—
FAX番号	( )	—
所属部署名		
(フリガナ)		
ご担当者名		
E-mailアドレス		@

〈ご請求書送付先〉 ※上記商品お届け先と違う場合にはご記入ください。

郵便番号	〒( )	
住所		
電話番号	( )	—
FAX番号	( )	—
所属部署名		
(フリガナ)		
ご担当者名		

※枠内は必須項目となっております。ご記入後この用紙を上記FAX番号までご返送ください。  
※登録申込用紙を頂き次第、ご記入頂いたE-mailアドレスに、ログインURL・ID・パスワードをご連絡させていただきます。  
※お支払い方法は「銀行振込」です。「毎月20日締め、翌月20日払い」となります。ご請求書に記載された指定口座振込となります。  
(振込手数料はお客様負担です。)  
※ご登録・ご利用の際の代表名は「日介協ネット」となります。また、ご請求書及び納品書への表示は「日介協ネット貴法人・事業所名」となります。

◆ご不明な点などございましたら、下記までお問合せください。

『ウィズカウネット』取扱販売店

キングラン・メディケア株式会社 営業本部 仕入管理課 担当：腰川 純子

TEL:03-5296-3053 FAX:03-5296-3057 E-mail:j-koshikawa@kingrun.co.jp

FAX  
送信方向

FAX:03-5296-3057