お申込み品目を選択してください

□新規 □転用 □品目変更
□名義変更 □移転 □廃止

アラジン光アクセスサービス光回線サービス　申込書

同意事項《必須》

必ずご確認の上、✓を入れサインをお願いします。 □私はアラジン光アクセスサービス光回線サービスの契約約款に承諾し、申し込みます。 □私はアラジン光アクセスサービス光回線サービスの重要事項説明書に承諾し、申し込みます。	サイン （記載者 フルネーム）	申込日：平成　年　月　日 契約区分：☑法人 エリア：□東日本 □西日本

転用番号の有効期限は取得日から15日間です。（電話での取得 Tel 0120-140202）

転用承諾番号	□E □W											回線ID □COP □CAF									

アラジン光回線サービス申込みプラン	□ｱﾗｼﾞﾝ光 ファミリー □ｱﾗｼﾞﾝ光 ハイスピード □ｱﾗｼﾞﾝ光 ギガライン □ｱﾗｼﾞﾝ光 ギガスマート □ｱﾗｼﾞﾝ光 スーパーハイスピード	□ｱﾗｼﾞﾝ光 マンション・ファミリー □ｱﾗｼﾞﾝ光 マンション・ハイスピード □ｱﾗｼﾞﾝ光 マンション・ギガライン □ｱﾗｼﾞﾝ光 マンション・ギガスマート □ｱﾗｼﾞﾝ光 マンション・スーパーハイスピード	プロバイダーバンドルプラン ※プロバイダ申込書別紙必須	□プロバイダーバンドルIP1プラン □プロバイダーバンドルプラン
工事費支払方法	☑一括	住宅区分	□戸建　（□持家 □借家 ）　□集合住宅	

お客様情報をご記入ください。

工事希望日	平成　年　月　日	□午前 □午後	・お客様のご利用環境によりましては開通まで数週間から数か月のお時間を頂く場合もございます。ご記入頂く日程は工事の実施をお約束する日程ではありませんのでご了解下さい ・工事希望日はお申込み日から１週間以上先の日程をご指定下さい。工事希望日までの日数が少ないとご希望に添えない場合もございます
ご契約会社名	カナ		㊞
	漢字		
お申込者名	カナ		
	漢字		
ご契約住所	〒　－	都道府県　市区町村	
ご契約会社電話番号	□代表固定　□携帯・PHS	工事立会者	□申込者　お名前 □他の担当者　Tel　／　工事前連絡要否：□要 □否
設置場所住所	□ご契約者と同じ		
	〒　－	都道府県　市区町村	
請求書送付先住所	□ご契約者と同じ	送付先宛先等	
	〒　－	都道府県　市区町村	

備考欄	

営　業	TSG受付	WEB登録