

NUROLINK Kライン御申込書

ソニービズネットワークス株式会社

※私はソニービズネットワークス株式会社のサービス契約約款、サービス利用規約、重要事項説明または料金表に同意の上、加入契約の申込みをいたします。

申込書番号	00373517
企業CD	01463482
ID	a00F900001PHZJSMAT
レコード番号	01763253



加入契約申込年月日	
-----------	--

■設置先	
サービスID	※同一名称で既に他のご契約サービスがあり設置先情報と同じ場合、『サービスID』をご記入いただきますと、『設置先情報』の記載は必要ございません。

■設置先情報	
レコード番号	※複数サービスを同時申込で設置先情報と同じ場合、『設置先情報』が記載されている『レコード番号』をご記入いただきますと、『設置先情報』の記載は必要ございません。

住所	郵便番号	〒 270-1101	都道府県	千葉県	市区町村	我孫子市	町丁目	布佐	番地・号	8 3 4-2 8
	マンションビル名				部屋番号	ご利用階数	建物総階数			
	メディカルプラザ平和台病院					1 階	5 階建			
会社名	イリヨウホウジンシャダンソウソウカイ	担当者	ケイエキカクシツ	担当者	サトウ	担当者	タケシ	担当者電話番号		
	医療法人社団創造会	部署名	経営企画室	(姓)	佐藤	(名)	健	04-7189-1111		
契約形式	1	← 該当番号をご記入ください。 1.所有 2.分譲 3.分譲賃貸 4.賃貸								
建物区分	1	← 該当番号をご記入ください。 1.戸建 2.マンション 3.オフィスビル 4.データセンター								
建物管理会社名	医療法人社団創造会				建物管理会社担当者名			建物管理会社電話番号	04-7189-1111	
建物管理会社 申請有無	0	← 該当番号をご記入ください。 0.なし 1.あり				申請期限	日時まで	※申請が「あり」の場合ご記入ください。		
指定申請書有無	0	← 該当番号をご記入ください。 0.なし 1.あり								

■工事アポイントご連絡先情報	
連絡先 種別	1 ← 該当番号をご記入ください。 1.契約担当者 2.設置先担当者 3.その他 ()
会社名	医療法人社団創造会
担当者	佐藤 健
メールアドレス	k_satou@medicalplaza.or.jp
連絡 希望時間帯	0 ← 該当番号をご記入ください。 0.なし 1.午前 2.午後 3.17時以降

■メンテナンス時ご連絡先情報	
会社名	
担当者	
メールアドレス	

■ご請求方法	
ご請求方法	2 ← 該当番号をご記入ください。 1.一括請求 2.分割請求
NURO Biz請求ID	請求をまとめていただく場合、『一括請求』をご選択ください。既に同一名称で他のご契約サービスがある場合、『請求ID』をご記入いただきますと、お支払情報の記入は必要ございません。 請求を分けたい場合、『別請求』をご選択の上、お支払情報を必ずご記入ください。

■お支払情報	
レコード番号	※複数サービスを同時申込で請求書送付先が同じ場合、『お支払情報』が記載されている『レコード番号』をご記入いただければ、『お支払情報』の記載は必要ございません。
お支払方法	2 ← 該当番号をご記入ください。 1.クレジットカード 2.口座振替 3.銀行振り込み ※『クレジットカード』の場合、『お客様サポートサイト』よりお手続きをお願いいたします。お手続きが完了するまでは、銀行振込みでのお支払いとなります。 ※『口座振替』の場合、別途「支払登録書」をご記入の上ご提出ください。また、『口座振替手数料』月額200円(税抜)を頂戴いたします。 ※『銀行振り込み』の場合、『振込手数料』はお客様負担となります。予めご了承ください。
請求書発行	1 ← 該当番号をご記入ください。 1.発行不要 2.発行必要 ※請求書発行には、別途「請求書発行手数料」月額200円(税抜)を頂戴いたします。
請求書 送付先 住所	郵便番号 270-1101 都道府県 千葉県 市区町村 我孫子市 町名・丁目・番地・号 布佐834-28 マンション/ビル名・部屋番号 ※全角25文字以内でご記入ください。
請求書 送付先 会社名	イリヨウホウジンシャダンソウソウカイ 担当者 ケイエキカクシツ 担当者 サトウ 担当者 タケシ 担当者電話番号 04-7189-1111

■サービス申込情報	
項目	
NUROLINK Kライン イーサシアライト IP1 初期費用	
月額費用	

■サービス申込情報	
項目	
NUROLINK Kライン イーサシアライト IP1	

※データセンターや特定建物等において、別途工事費および構内配線費用や解約時撤去費用等発生するケースがございます。事前にお客様より費用のご確認をお願いいたします。
この際、弊社から実費にて請求させていただきますので予めご了承ください。

■弊社記入欄											
担当者名	担当番号	支払履歴照会予定日	年	月	日	SKD	年	月	日	区分	← 該当番号 1.取次代理店 2.再販代理店 3.紹介代理店
ICT	← 該当番号 1.有 2.無	パートナー名				パートナーCD				紹介代理店名	
KKB	年	月	日	DL	年	月	日	ACK	年	月	日
備考						営業M	営業GM	登録	申請	発注	K開始
					営業GM	登録	申請	発注	K開始	営業GM	有
IC確認											

御申込書

ソニービズネットワークス株式会社 行

・私はソニービズネットワークス株式会社のサービス契約約款、サービス利用規約、重要事項説明または料金表に同意の上、加入契約の申込みをいたします。
・サービス利用開始後に契約内容の変更をする場合、事務手数料が発生することを承諾いたします。

加入契約申込年月日

申込書番号	00373517
企業CD	01463482
ID	0015F00001c1UxpQAE



■お申込者情報					
イリョウホウジンシャダンソウソウカイ					
医療法人社団創進会					
会社名					
代表者(姓)	フリガナ	セイ	タテマツ	代表者(名)	フリガナ
		土井			紀弘
住所	郵便番号	都道府県	市区郡町村	町名・丁目・番地・号	マンション/ビル名・部屋番号
	〒 270-1101	千葉県	我孫子市	布佐 8 3 4-2 8	
電話番号	04-7189-1111			証券コード	

■ご契約担当者情報						
部署名	経営企画室				電話番号	04-7189-1111
担当者(姓)	フリガナ	サトウ	担当者(名)	フリガナ	タケシ	ご契約担当者役職
		佐藤			健	室長
メール	k_satou@medicalplaza.or.jp					
アドレス	※「お客様サポートサイト」初期設定のご案内メールを送信いたします。お間違いないようご注意ください。 ※「ー」と「_」、「a」と「d」、「i」と「j」など、見分けのつきにくい文字や記号は、特に大きくはっきりとご記入ください。					

※すでにご契約がある場合は、現在ご登録いただいている「お申込者情報」「ご契約担当者情報」に変更がないかご確認ください。

※記載されている内容から変更がある場合は、別途「ご契約情報変更依頼書」をご提出ください。

■NURO Bizお客様アンケートご協力をお願い	
1	← 該当番号をご記入ください。 1. アンケートに回答する
ソニービズネットワークスでは、サービス改善、お客様満足度向上のため、NURO Biz各サービスのご利用開始の翌月と半年後に ご契約担当者様にアンケートメールをお送りいたします。ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力をお願いいたします。	

初期費用

■サービス申込情報	項目	サービスID	数量	単価	月数	税抜金額	税区分	消費税	税込金額
NUROリンク Kライン イーサネット IP1 初期費用			1	¥50,000	1	¥50,000	10%		
	出精値引					¥-50,000	10%		
	初期費用合計						10%	¥0	¥0
	初期費用請求額								¥0

月額費用

■サービス申込情報	項目	サービスID	数量	単価	月数	税抜金額	税区分	消費税	税込金額
NUROリンク Kライン イーサネット IP1			1	¥22,000	1	¥22,000	10%		
	出精値引					¥-3,150	10%		
	月額費用合計					¥18,850	10%	¥1,885	¥20,735
	月額費用請求額								¥20,735

※課税区分ごとに消費税を計算（端数は切捨て）しています。

■弊社記入欄 ※OPのみ申込時記入必須	
利用開始希望日	年 月 日
下記サービスのみ、申込時記入必須 ・NUROセキュリティ各オプションサービス・NUROリンク Fライン 24h365dサポート・Nライン 24時間出張修理OP・モバイル固定IP ・SIMカード有償交換	
■弊社記入欄	
担当者名	所属部署
パートナーCD	パートナー名
営業 営業M 営業GM 受付 申請 (T) OP購入 確認	