

QuikChange Multi シリーズ製品 ご使用者 確認書

作成日： 年 月 日

1 対象製品

製品のカタログ #	
製品名	

2 ご使用者

フリガナ		敬称 (Mr、Ms、Dr 等)
お名前		
Tel 番号		Fax 番号
Email アドレス		
フリガナ		
機関名 (会社、大学、団体等)		
フリガナ		
部名 (部署、学部、研究所等)		
フリガナ		
室名 (研究室、グループ等)		
フリガナ		
ご住所 (都道府県から)	(〒)	
ご署名 (サイン)		

3 販売店

販売店名			
営業所名			
担当者名			
Tel 番号		Fax 番号	
住所 (都道府県から)	(〒)		

※販売店の方へ

この確認書はアジレント・テクノロジー株式会社 カスタムコンタクトセンターの受注専用 Fax 番号 (Fax: 0120-152-046) に送付してください。

【個人情報の取り扱いに関して】

個人情報保護法をはじめとする個人情報に関する法令およびその他の規範を遵守するとともに、当社の規程に準拠して管理・利用いたします。

