

「相談支援事業システム」資料ご請求用紙

株式会社 ブレインサービス

お手数ですが、下記項目をご記入頂き FAX にてお送り下さい。	FAX番号 06-6543-2337
---------------------------------	----------------------------------

ご請求内容	<input type="checkbox"/> 相談支援事業システム資料 <input type="checkbox"/> システムデモンストレーションを希望
貴法人名	
ご担当者名	
ご住所	
ご連絡先（電話番号）	
その他	(ご質問ご希望等がございましたら、ご記入下さい。)

※ 個人情報の取り扱いについて

1. システムの資料を郵送・ご案内の事務連絡を行う際に利用致します。
2. 当社は、ご本人からのご自身の個人情報の開示等の求めに応諾いたします。
3. 上記の記入欄で記入漏れがある場合、資料を送付する事が出来ない場合がございます。

株式会社ブレインサービス 個人情報保護管理責任者（営業担当）

■ お問い合わせ先（開発元） ■



株式会社ブレインサービス
大阪市西区阿波座2丁目4番23号
TEL06 (6543) 2338 FAX06 (6543) 2337

<http://www.brainservice.co.jp/>

担当 太田・松本