

株式会社カリテス

FAX 048-933-9766

届出日 年 月 日

プログラム導入店舗【 新規・追加・変更・削除 】届出書

会社名	
ご担当者	

追加・削除	下記の店舗を【 追加 / 変更 / 削除 】いたします		
店舗名			
店舗責任者		スタジオご担当者	
住所	〒		
TEL			
FAX			
E-Mail			
導入プログラム	【 RITMOS / FULLBOX / POWERMIX 】		
プログラム開始/終了日	年	月	日
支払サイト	日締め	日払い (例: 20日締め 翌月末日払い)	
ご請求書送付先	本社一括 / 店舗 ※ご請求先が店舗様以外の場合は、下記ご請求書送付先情報をご記入ください。		
ご請求書送付先情報	宛 先: 〒 電話番号:		
備考			