

# L2Confidential ASPサービス解約申込書

OA通信サービス株式会社 御中

お申し込み年月日
20 年 月 日

解約希望日 (お申し込み日より5営業日以降)
20 年 月 日

太枠内必要事項をボールペンで記入すると共に、該当事項に「レ」点にてチェックください。

「L2Confidential ASPサービス利用約款」に基づき、本書の内容により申し込みます。

## 1. お客様情報

ご契約者 必ずご記入ください	(ふりがな) 法人名:	
	(ふりがな) 代表者名:	
	(ふりがな) 住所 (〒 - )	
ご担当者様連絡先 必ずご記入ください	(ふりがな) 氏名:	(TEL)
		(FAX)
		(部署名)
	メールアドレス:	
	(ふりがな) 住所 (〒 - )	
		<input type="checkbox"/> ご契約者住所と同じ
仮想スイッチ名 必ずご記入ください		

## 2. その他

備考	よろしければ、解約の理由などをご記入下さい。
今後のご案内	新製品情報などのご連絡をメールにて引き続きご案内させて頂いてよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> いいえ

弊社ASPサービスをご利用頂き誠にありがとうございました。  
引き続きASPサービスをはじめとした様々なソリューションを展開して参ります。  
またの機会がございましたら、ぜひともご検討下さいますようお願い申し上げます。

営業担当者記入欄	(コード)	(申込書受付日)
	(所属部署/代理店名)	
	(担当者名)	(TEL)
	(メールアドレス)	(FAX)