



新規お取引店様登録用紙

1枚目

この度は、株式会社ベルプランをご利用いただきありがとうございます。

ご登録をさせていただきますと、カタログを送付させていただき美容機器から消耗品や備品などを、サロン価格にてお買いもめいただけます。エステティックサロン様、理・美容室様、化粧品店様(新規開業を含む)等に限らせていただいております。一般の方のお申し込みは出来ません。またご記入内容により、お取引をお断りさせていただく場合がありますので、あしからずご了承ください。尚、お客様(サロン様)のご登録いただいた情報(個人情報)は、取扱いを重要と考え徹底させていただき、株式会社ベルプランが厳重に管理保管し、秘密厳守とさせていただきます。

記入日 年 月 日

必須 (フリガナ) サロン名 (会社名)			必須 (フリガナ) 代表者様名
必須 (フリガナ) ご担当者様名			
必須 (フリガナ) ご住所	〒		
必須 TEL	()	FAX	()
携帯電話	()		
Eメール	都道 府県		
ホームページ			
必須 営業場所	<input type="checkbox"/> 店舗(テナント) <input type="checkbox"/> 店舗件住宅(一戸建) <input type="checkbox"/> 店舗(マンション) <input type="checkbox"/> 店舗件住宅(マンション) その他()		
営業時間	~	定休日	
ご紹介者様・ご紹介サロン様			
【納品先】 ※上記と異なる場合・他に店舗がある場合記入			
納品先名			
納品先 ご住所 TEL/FAX	〒		
	()	/	()