

一斉同報電子メール配信ASPサービス

Mail-High (メルハイ) 3か月お試し運用パック
継続届出用紙_ver.00



Mail-High(メルハイ)3か月お試し運用パックのご利用期間終了後、継続利用をご希望の際には、ご利用期間終了前に本用紙に必要事項をご記入の上、コクヨECプラットフォーム株式会社までご提出下さい。

■【重要】Mail-High最低ご利用期間について
Mail-Highサービスの最低ご利用期間は **12ヶ月** となります。お支払い方法については「年払い」「月払い」からお選びいただけます。

■【重要】Mail-High3ヶ月お試し運用パック継続利用時確認事項
 ・ご利用開始月は、3か月お試し運用パックのご利用開始月とします
 ・3か月お試し運用パックご利用期間終了日の翌月末日までに、弊社指定口座まで2か月分のご利用費用ご納入をお願い致します
 (本用紙受領後、弊社よりご請求書を発行させていただきます)
 ・その他の事項については、Mail-Highご利用規約に準じます

御社名	ご担当者氏名
-----	--------

以下、申請内容に変更箇所がございましたら、当該項目名の にチェックを入れて、変更内容をご記入下さい。

ご契約者様	御社名 <input type="checkbox"/>			ご捺印	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>
	代表者氏名 <input type="checkbox"/>				
	ご担当者氏名 <input type="checkbox"/>				
	部署名 <input type="checkbox"/>				
	郵便番号・都道府県 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市町村名 <input type="checkbox"/>	
	番地 <input type="checkbox"/>			ビル名等 <input type="checkbox"/>	
	連絡先電話番号 <input type="checkbox"/>			連絡先FAX番号 <input type="checkbox"/>	
	連絡先Email <input type="checkbox"/>				
ご請求先情報 <small>ご契約者様情報と合わせて ご変更される場合にもご記入下さい</small>	ご担当者氏名 <input type="checkbox"/>			部署名 <input type="checkbox"/>	
	郵便番号・都道府県 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市町村名 <input type="checkbox"/>	
	番地 <input type="checkbox"/>			ビル名等 <input type="checkbox"/>	
	連絡先電話番号 <input type="checkbox"/>			連絡先FAX番号 <input type="checkbox"/>	
	連絡先Email <input type="checkbox"/>				

【ご記入必須項目】「ご契約プラン」「月額ご利用料金お支払い方法」を選択して下さい

ご契約プラン	プラン	月あたりの配信数	月払い費用(税抜)	年払い費用(税抜)	超過配信費用(税抜)
	1[]	5,000通	4,500円/月	51,300円/年	3円/1通
	2[]	10,000通	7,500円/月	85,500円/年	3円/1通
	3[]	20,000通	12,500円/月	142,500円/年	3円/1通
	4[]	50,000通	25,000円/月	285,000円/年	3円/1通
	5[]	100,000通	45,000円/月	513,000円/年	3円/1通

5% OFF

月額ご利用料金	<input type="checkbox"/> 年払い(当社指定口座へのお振込み) <input type="checkbox"/> 月払い(当社指定口座へのお振込み) <input type="checkbox"/> 月払い(貴社指定口座からの引落し)	※お振込手数料はお客様負担にてお願い致します ※お引落しをご希望の際には口座振替用紙を送付致しますのでご記入・ご返送下さい ※お引落し手続きが完了するまでは、当社指定口座へのお振込みとさせていただきます ※超過配信費用のお支払方法(お振込みまたはお引落し)は、左記選択のお支払方法と同一となります
---------	--	---

ご署名	ご申請内容をご確認の上、以下の欄にご署名をお願い致します ご署名: _____ 日付(ご申請日): _____
-----	--

ご記入・ご捺印・ご署名後お申込用紙を 03-5783-4313 までFAXにてお送り下さい。担当よりご連絡をさせていただきます。

備考・特記欄	
--------	--