

提携制度利用申込書(兼個人情報同意確認書)

申請番号

販売店記入欄

記入日

年 月 日

利用者	フリガナ	〒 -		
	住所	電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () -		
		ご連絡可能時間帯 月 火 水 木 金 土 日 : ~ :		
	フリガナ			
	氏名			
	eメール アドレス	@		
勤務先 医療機関				
(利用者 の登録 親等内)	フリガナ	〒 -		
	住所	電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 () -		
	フリガナ			
	氏名	利用者とのご関係		
個人情報の 利用について	ユーザー紹介票に記載いただいた紹介者・購入(予定)者の個人情報は、自動車購入に関する情報提供を行うために、自動車販売会社、自動車メーカー、全医協連、各医師協同組合、業務委託先等で共有させていただくほか、各種商品・サービスのご案内に利用させていただきます。		利用者 確認印	印
備考				

《医師協同組合使用欄》

御中 年 月 日

いつもお世話になっております。上記のとおりご紹介申し上げます。

鹿児島県医師協同組合 印

《ディーラー使用欄》

鹿児島県医師協同組合 御中 年 月 日

組合員確認をお願いいたします。

印

《ディーラー使用欄》

鹿児島県医師協同組合 御中 年 月 日

ありがとうございます。以下のとおり成約いたしました。

ディーラー名		営業担当者	印
営業所		成約日	
購入車両			