

# BIC WiMAX SERVICE 契約内容変更 (法人)

お申込み日 20 年 月 日

■ 現在のご契約内容  
BIC WiMAX SERVICEに登録されている情報を正確にご記入ください。

契約者	フリガナ		印
	会社名		
	ご住所	(〒 - ) 都 道 都 市 府 県 区 ※ ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください。	
	代表電話番号	- -	

窓口担当者	ご担当者 部署名		フリガナ	
			ご担当者名	
	ご連絡先 電話番号	- -		
	メールアドレス		@	

■ 変更後のご契約内容  
変更を希望される箇所のみご記入ください。

契約者	フリガナ		印
	会社名		
	ご住所	(〒 - ) 都 道 都 市 府 県 区 ※ ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください。	
	代表電話番号	- -	

お支払い方法	1	1. クレジット	カード番号	□□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□
			カード有効期限	□□ 月 20 年
			カードご名義人(英字)	※ カードに記載の英字をお書きください

お支払い方法で「口座振替でのお支払い」をご希望のお客様は、預金口座振替依頼書でのお手続きをお願いいたします。

◆ 必要な書類

承継・社名変更の場合は「法人確認書類」、変更後のご担当者様の「担当者の証明書」「担当者の本人確認書類」を必ずご用意ください。

◆ 法人確認書類

以下のいずれかの法人確認書類をご用意ください。

登記簿謄本・登記簿抄本(官公庁発行の本書)	発行日から3ヶ月以内のもので現住所が記載されているもの、かつ承継・社名変更の事実が確認できるもの
-----------------------	--

◆ 担当者の証明書

以下のいずれかの証明書のコピーをご用意ください。

社員証・名刺	会社名と担当者の記載があるもの
--------	-----------------

◆ 担当者の本人確認書類

以下のいずれかの証明書のコピーをご用意ください。(現住所記載の箇所も必要)

運転免許証	公安委員会発行で、有効期限内のもの(国際免許は除く) 現住所の記載があるもの
日本国パスポート(外国のものは受付不可)	有効期限内のもので、現住所が記載されているもの
身体障害者手帳	
療育手帳	有効期限内のもので、顔写真、生年月日、現住所の記載があるもの
精神障害者保健福祉手帳	
健康保険証+下記「補助書類」	有効期限内のもので、現住所が記載されているもの
住民基本台帳カード	有効期限内のもので、顔写真、生年月日、現住所の記載があるもの
補助書類	
公共料金領収書	現住所が記載された発効日から3ヶ月以内のもの(電気・ガス・水道など)

■ 店舗使用欄

店名	
ご案内担当者名	最終確認者名

窓口担当者	ご担当者 部署名		フリガナ	
			ご担当者名	
	ご連絡先 電話番号	- -		
	メールアドレス		@	

請求詳細お届け先(口座振替のみ)	<input type="checkbox"/> 上記のご契約者住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記のご契約者住所とは違う住所に送付 <small>※請求明細発行オプション【100円(税別)/月】をお申し込みされるお客様に限りです。</small>	
	フリガナ	
	変更後ご住所	(〒 - ) 都 道 都 市 府 県 区 ※ ビル・マンション名・部屋番号もご記入ください。
	変更後ご連絡先電話番号	- -