

① お申込日	2	0	年		月		日
--------	---	---	---	--	---	--	---

※無記入の場合、弊社受領日を「お申込日」といたします。

買取期間満了のお知らせを一緒に送信をお願いします。

(※お手元がない場合は、再発行していただきますようお願い申し上げます。)

② お申込印	右記の同意事項をご確認の上、 お申込印欄に押印してください。 ※「Ci電たる」ホームページに記載がございます。 https://ci-denki.com		< 以下3点に同意し、本申込書の内容で申込みます > ●契約条件に同意 ●電気受給(買取)約款に同意 ●プライバシーポリシーに基づく個人情報の取扱いに同意	 シャチハタ・サイン可								
	③ ご契約者様情報	ご契約者住所 ※郵送物等をお届けいたします 住所の記載されたハンコでも可	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 都道府県 市区町村 </div> (住所は略さずご記入下さい) 丁目 番地 号 (マンション名・アパート名・建物名および部屋番号は必ずご記入下さい)									ご契約者名義 ※法人名、個人名 どちらでも可 フリガナ
電話番号		ご担当者										
メールアドレス ※PC、携帯どちらでも可		@										

毎月の金額等を配信させていただきます

買取期間満了について	現契約電力会社との太陽光発電買取契約期間が終了済、 または1、2ヵ月以内に終了予定	<input type="checkbox"/> はい
------------	--	-----------------------------

ご返信
FAX番号

0120-418-165

FAXは24時間受付中!
 番号をお確かめのうえ
 ご送信ください

ご不明な点がございましたら、お問合せいただきますようお願い致します。

株式会社歯愛メディカル(電力担当) 076-205-5880

時間帯9:00~18:00(年末年始、夏季、土日祝除く)