


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。 <a href="https://ci-denki.com">https://ci-denki.com</a>		< 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 <b>住所の記載されたハンコでも可</b>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (住所は略さずご記入下さい) 丁目 番地 号 都道 市区 府県 町村 (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
	メールアドレス ※PC、携帯どちらでも可	@	⑤ 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)