

取引申請書(売店・企業)①

申請日： 年 月 日

以下の四項目について同意し、取引申請いたします。

- 1) 私の患者、医療関係者もしくは病院その他の医療団体等(以下、「医療関係団体等」という。) または医療関係者等を通じて紹介された患者等に販売することを目的として、商品を購入します。
- 2) 通信販売はおこないません。
- 3) 下記に記載した支払い条件に従って、商品代金の支払いを行います。
- 4) 私が販売した者に対しては、私が責任をもって対処します。

同意者 (登録情報)	会社名	ふりがな		印
	代表者名	ふりがな	ご担当者氏名	ふりがな
	業種			
	ご住所	〒 _____		
	電話番号		FAX番号	
	URL		E-mail	

支払いに関する規約についてご記入ください。(いずれかに☑を入れてください。)

支払い方法	<input type="checkbox"/> 都度払い	支払方法 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込	
	納品日より1か月以内にお支払ください。	※郵便振替の場合、振替手数料は当社が負担します。 ※銀行振込の場合、振込手数料はご負担願います。 ※手形類は取り扱っておりません。	
	<input type="checkbox"/> 締め払い	締め日 日	お支払日 日
	合計請求書を郵送します。 締め日より1か月以内にお支払いください。	支払方法 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込	
		※郵便振替の場合、振替手数料は当社が負担します。 ※銀行振込の場合、振込手数料はご負担願います。 ※手形類は取り扱っておりません。	

セミナー受講の有無についてご記入ください。

セミナー 受講	<input type="checkbox"/> トコ企画主催 メンテ“カ”upセミナー
	<input type="checkbox"/> トコ・カイロプラクティック学院主催 トコちゃんベルトアドバイザー養成セミナー
	<input type="checkbox"/> その他[_____]

セミナー関連の資格保有者の有無についてご記入ください。

資格保有	<input type="checkbox"/> トコ・カイロプラクティック学院 ・ トコちゃんベルトアドバイザー(_____ 名)
	<input type="checkbox"/> トコ・カイロプラクティック学院 ・ 2級以上(_____ 名)

取引申請書(売店・企業)②

登録 _____ 年 _____ 月 _____ 日

改訂 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お取引先記入欄

(お手数ですが本欄のご記入をお願いします)

商 号		フリガナ	
本社所在地	〒 -		
電話番号		FAX番号	
ホームページ		e-mail	
代表者	役職	氏 名	
業 種			
設立年月日	年 月 日	取引銀行	
資本金	百万円	銀行	本店・支店
決算期	本決算 月(中間 月)	銀行	本店・支店
従業員数	名(男 名、女 名)	平均年齢(才)	
業界団体名	加入・未加入(加入の場合、団体名)		
取扱品目			
主要販売先			
主要仕入先			
取引条件	<input type="checkbox"/> 都度払い 郵便振込 ・ 銀行振込 <input type="checkbox"/> 締め払い 締め日_____日 お支払い日____日 郵便振込 ・ 銀行振込		
支店営業所		住 所	
" "		" "	
" "		" "	
御担当者名	フリガナ	本表御記入者名	フリガナ
弊社商品 販売先			

社内記入欄

担当者	
申請日	年 月 日
承認日	年 月 日
与信限度	万円
特記事項	

申請印	承認印