



# お取引確認書

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

札幌市清田区美しが丘5条9丁目10-30

株式会社ベル・クール研究所

電話 011-881-9666

FAX 011-881-5656

下記の項目にご記入頂きます様よろしくお願い致します。

No.	項目	内容
1	分類	株式会社 ・ 有限会社 ・ 個人事業主
2	販売形態	卸専門会社・エステサロン・ネット販売・その他（ ）
3	フリガナ 会社名	
4	住所	※ビル・マンション等の方は、建物名・部屋番号もご記入をお願いいたします。 〒 _____ 都道 _____ 府県 _____
5	電話番号 ※連絡のつく番号をお願いします。	_____ - _____ (ご担当者名 _____)
6	FAX番号	
7	メールアドレス	
8	定休日	
9	営業時間	_____ : _____ ~ _____ : _____
10	創立年度	西暦 _____ 年度創立
11	資本金	
12	代表者名	役 職： _____ フリガナ _____ 氏 名 _____ 印 生年月日： _____
13	店舗数・従業員数	_____ 店舗 _____ 名
14	主な事業内容	
15	営業活動拠点	
16	月間平均売上	
17	主な仕入先	
18	取り扱い希望商品	ベルクール商品の仕入れ ・ OEM商品の作成
19	どこで知りましたか？	HP・知人の紹介（ご紹介者様： _____）・チラシ・SNS その他（ _____ ）
20	商品カタログ・価格表	希望（ 郵送 ・ メール ） ・ 不要
21	お知らせダイレクトメール （商品情報・キャンペーンなど）	希望（ 郵送 ・ メール ） ・ 不要
		配信先メールアドレスをご記入ください。同上(No.7)であれば右記にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 同上 （ _____ ） 上記で希望を選んだ方のみ、以下から必要なお知らせ内容をお選びください。（複数可） <input type="checkbox"/> 当社の業務内容、商品について（休業、製品や容器の廃番変更、処方変更、展示会招待等） <input type="checkbox"/> キャンペーンやお得情報、モニター募集（期間限定商品、新商品お試し、製品モニター募集等） <input type="checkbox"/> アミノ酸46情報について（アミノ酸46を取り扱う場合は必ず選択してください。）
22	講習会	希望 ・ 不要 _____ 希望地域（東京・大阪・札幌・その他 _____）

備考