

登録申込書

年 月 日

セコム株式会社 殿

(お客様)

次のとおり通知します。



利用者	加入料	700円 (税別)
負担	利用料	<input type="checkbox"/> 利用料金の一割負担 (220円 (税別)) <input type="checkbox"/> 利用者負担なし (生活保護世帯)

付属品はAセットとなります。

利用者	
ご住所	〒 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____ ビル名、マンション名、部屋番号までご記入ください
お名前	生年月日 大正 昭和 平成 _____ 年 月 日
	様 _____ 年 月 日
ご連絡先	電話番号 () _____ 勤務先 _____
	FAX () _____
	携帯電話 () _____ 電話番号 () _____
暗証番号	_____ 4桁の数字をご記入ください (位置情報の確認やお問い合わせの際にご確認させていただきます)

位置情報対象者 (ココセコム本体を所持 (携帯) される方)	
お名前	〒 _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____ ビル名、マンション名、部屋番号までご記入ください
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 身長 _____ cm 生年月日 大正 昭和 平成 _____ 年 月 日 利用者との続柄 配偶者・親・子・兄・弟・姉・妹・孫 その他親族 () その他 ()

緊急連絡先	利用者ご本人が緊急連絡先となりますが、利用者ご本人以外に必要な場合にご記入ください。	
お名前	連絡先電話番号	利用者との続柄
	電話番号 () _____ 携帯電話 _____	配偶者 親 子 兄 弟 姉 妹 孫 その他親族 () その他 ()

お名前	連絡先電話番号	利用者との続柄
	電話番号 () _____ 携帯電話 _____	配偶者 親 子 兄 弟 姉 妹 孫 その他親族 () その他 ()

お支払方法	口座振替をご希望の場合はココセコム専用の口座振替依頼書を提出してください。	
クレジットカード	JCB VISA DC UFJB UC 日本信販 ダイナース オリコ アメリカン エクスプレス イオン アプラス ライフ セゾン オーエムシー	有効期限 _____ 月 _____ 年
カード番号	_____	名義人お名前 漢字 _____ ローマ字 _____