おクルマ購入サポート制度申込書

FAX:0120−66−3638

連絡日：　　年　　月　　日

ご記入欄

●いずれかの項目に㊠をして下さい。

情報提供者様

フリガナ

お名前

ご住所 〒

□勤務先（時間帯：　　）
「　　−　　−　　」
□ご自宅（時間帯：　　）
「　　−　　−　　」
□携帯電話（時間帯：　　）
「　　−　　−　　」

購入予定者様

フリガナ

お名前

ご住所 〒

□勤務先（時間帯：　　）
「　　−　　−　　」
□ご自宅（時間帯：　　）
「　　−　　−　　」
□携帯電話（時間帯：　　）
「　　−　　−　　」

●当てはまる項目に㊠をして下さい。1～4は必須項目です。

1　□新車　□中古車

2　□ディーラーと接触なし　□ディーラーと接触あり（下記にご記入下さい。）
（ディーラー名　　営業所名　　担当者名　　）

3　□納車希望（　　）頃　□購入時期はまだ未定

4　ご希望の車種　※複数可
メーカー名 ／ 車種
①
②
③

現在のお車
●メーカー名
●車　種
●年　式

5　その他

◆ご連絡先◆
茨城県学校生活協同組合
TEL:0120−66−3648　FAX:0120−66−3638