

契約情報開示依頼書

令和 年 月 日

エンパワーヘルスケア(株) 宛

契約者 ※個人の場合は、会社名欄に商号をご記入下さい。	会社名(商号)		印
	代表者名		
	電話番号		
	住所	〒	
開示方法	郵送にて開示させていただきます。		
契約書コピー発行 (必要な書類にチェックを入れてください。)	※信販会社との契約につきましては、お客様より信販会社へご連絡して頂くようお願い致します。 ※下記の書類は全て、弊社控えのコピーを郵送させていただきます。 <input type="checkbox"/> myclinic サービス新規利用契約申込書 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> マイクリニックエクスプレス契約申込書 <input type="checkbox"/> 売買契約書 <input type="checkbox"/> その他 【		
添付身分証明書 (※個人事業主様のみ)	※個人事業主様の場合、身分証明書の添付をお願いします (例: 運転免許証) 添付して頂く身分証明書をご記入ください: _____ ※法人様は、 登記印 を契約情報開示依頼書にご捺印頂くことで、御社の確認とさせていただきます。		

※契約情報開示依頼書は**必須項目**を必ずご記入くださいますようお願いいたします。

※「契約者」の印鑑は、個人事業主様の場合は**実印**を、法人様の場合は**登記印**をご捺印下さい。

個人事業主様の場合は、本人確認が必要となる為、運転免許証・パスポート・住民票・健康保険証のコピーと共に、契約情報開示依頼書を郵送、FAX送信、電子メール送信して頂きますようお願いいたします。

※弊社登録の契約者情報(会社名、住所等)を変更されている場合は、別途、契約者情報の変更の手続きを行った後、契約情報開示依頼書による申請をお願いいたします。

※内容確認のため、弊社よりご連絡をさせて頂く事もございます。予めご了承ください。

※尚、サービスに関するお問い合わせはサポートセンターまで、ご連絡下さい。

【送付先】 〒105-0011 東京都港区芝公園 2-4-1 芝パークビル A館 1F

エンパワーヘルスケア 株式会社 宛 FAX: 03-3578-6381 TEL: 0120-934-838