

必要事項をご記入の上、FAX 又は郵送でご送付下さい。
1～2 営業日以内にご連絡します。

ホームページからもお申込み出来ます。



電話ともだち 安否確認

検索

対人電話

決まった時刻に当社スタッフが電話を掛けます。いつもあなたを心配しています。

※記載している料金 1 ヶ月の利用料金です。 ※料金には別途消費税がかかります。

	週1回※1	週3回※2	週5回※3
固定電話	2,000円	5,900円	9,800円
携帯電話	3,000円	8,800円	14,700円

※1. [火又は木] ※2. [月・水・金] ※3. [月～金]



登録料：2,000円（税別）

初回のみ、各コース料金と一緒に支払い下さい。



ご利用者様情報 [当社からの電話を受ける方] ※印箇所は記入必須項目です

ふりがな*					
お名前*					
性別*	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日*	西暦	年 月 日
住所*	〒	-	都道府県	市郡	区町村
				マンション名/建物名	
電話番号*	()	-	おかけする電話	<input type="checkbox"/> 固定電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話
FAX番号	()	-			
メールアドレス	@				
ご希望コース	対人電話 <input type="checkbox"/> 週1回[火] <input type="checkbox"/> 週1回[木] <input type="checkbox"/> 週3回[月・水・金] <input type="checkbox"/> 週5回[月～金]				



ご連絡者様情報 ※印箇所は記入必須項目です

ふりがな*					
お名前*					
性別*	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日*	西暦	年 月 日
ご住所*	〒	-	都道府県	市郡	区町村
				マンション名/建物名	
日中連絡のつく電話番号*	()	-			
ご利用者様との続柄*	<input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他				
ご利用料金のご請求先*	<input type="checkbox"/> ご利用者様 <input type="checkbox"/> ご連絡者様 <input type="checkbox"/> それ以外				

このお申込者様は…



ご利用者様



ご連絡者様

このサービスをお知りになったのは	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 各市広報 () 市 <input type="checkbox"/> バナー広告 <input type="checkbox"/> その他 () 様
備考欄	<input type="checkbox"/> 紹介 ※紹介者がいる場合はその方のお名前をご記入下さい



電話ともだち

申込用紙 記入例



FAX

06-6335-7069

必要事項をご記入の上、FAX 又は郵送でご送付下さい。

1～2 営業日以内にご連絡します。

ホームページからもお申込み出来ます。



電話ともだち 安否確認

検索

対人電話

決まった時刻に当社スタッフが電話を掛けます。いつもあなたを心配しています。

※記載している料金 1 ヶ月の利用料金です。 ※料金には別途消費税がかかります。

	週1回※1	週3回※2	週5回※3
固定電話	2,000円	5,900円	9,800円
携帯電話	3,000円	8,800円	14,700円

※1. [火又は木] ※2. [月・水・金] ※3. [月～金]



登録料：2,000円（税別）

初回のみ、各コース料金と一緒に支払い下さい。



ご利用者様情報 [当社からの電話を受ける方] ※印箇所は記入必須項目です

ふりがな*	でんわ ともこ		
お名前*	電話 トモコ		
性別*	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	生年月日*	西暦 1926 年 1 月 1 日
住所*	〒 〇〇〇 - △△△△ 兵庫 都道府県 神戸 市 〇〇〇 区 〇丁目 〇		
電話番号*	(XXX) 〇〇〇 - △△△△	おかけする電話	<input checked="" type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話
FAX番号	(XXX) 〇〇〇 - △△△△		
メールアドレス	XXX @ 〇〇〇.ne.jp		
ご希望コース	対人電話 <input type="checkbox"/> 週1回[火] <input type="checkbox"/> 週1回[木] <input type="checkbox"/> 週3回[月・水・金] <input checked="" type="checkbox"/> 週5回[月～金]		



ご連絡者様情報 ※印箇所は記入必須項目です

ふりがな*	あんしん みまもりこ		
お名前*	安心 見守子		
性別*	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	生年月日*	西暦 1967 年 1 月 2 日
ご住所*	〒 〇〇〇 - ×××× 大阪 都道府県 豊中 市 〇〇〇 区 〇丁目 - 〇〇		
日中連絡のつく電話番号*	(△△) 〇〇〇〇 - ××××		
ご利用者様との続柄*	<input checked="" type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他		
ご利用料金のご請求先*	<input type="checkbox"/> ご利用者様 <input checked="" type="checkbox"/> ご連絡者様 <input type="checkbox"/> それ以外		

このお申込者様は…

 ご利用者様 ご連絡者様

このサービスをお知りになったのは	<input checked="" type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 各市広報 () 市 <input type="checkbox"/> バナー広告 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考欄	<input checked="" type="checkbox"/> 紹介 ※紹介者がいる場合はその方のお名前をご記入下さい 石 頭 固 吉 様