

スクールiネット（アプリケーション版）利用申込書

ご契約区分	どちらかを○で囲んでください	
	学校（団体）	P T A
貴校名(団体名)		
児童・生徒数	名	
郵便番号	〒	-
住 所		
担当者氏名		
電話番号	-	-
F A X 番号	-	-
連絡用メールアドレス	@	
稼動開始希望月	年	月（準備作業用に希望月の前月より利用可能です）

お手数ですが F A X にて送信願います

送信先 F A X 番号（086）246-7135

〒700-0976 岡山県岡山市北区辰巳8-101

有限会社オフィス・ゼロ

サポ-センター-TEL(086)243-4677

FAX(086)246-7135

eメール:info@ozsoft.jp