

# クライアント登録票

(株)アーク・ビデオ

TEL : 03-3481-6850

※個人情報保護に関する条例や法令を遵守し、適切に取り扱います

ark-v@arkvideo.co.jp

FAX : 03-3481-6810

年 月 日

営業時間 平日9:30~18:00/土曜9:30~17:00 (日曜/祝日休業)

フリガナ			
貴社名			
ご住所	〒		
電話番号		FAX	
ご担当者		ご担当者携帯番号	
部署名		E-Mail (担当者)	
会社代表者名		設立年月日	
従業員数		資本金	
URL		E-Mail (代表)	
お支払い方法	■初回お取引のお客様は全額機材お貸出時お支払いとさせていただきます。(現金又は各種クレジットカード対応) 初回のお客様でその他のお支払い方法をご希望の方はお問合せ下さい。また、機材レンタル終了後の請求書発行によるお支払いはレンタル実績に応じて対応致しますが、条件によってはご希望に添えない場合がございます。		
銀行口座	銀行 支店 ( <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 )		預金
口座番号		口座名義	
お支払いサイト	毎月 日締 日払い ( 日後 )	請求書必着日	毎月 日必着
請求書送付先	〒		

※送付先が上記住所と異なる場合のみ

## 業務内容 (複数可)

- |                               |                                   |                                     |                                |                               |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 映画制作 | <input type="checkbox"/> テレビドラマ制作 | <input type="checkbox"/> ドキュメンタリー制作 | <input type="checkbox"/> CM制作  | <input type="checkbox"/> 中継制作 |
| <input type="checkbox"/> VP制作 | <input type="checkbox"/> パラエティ制作  | <input type="checkbox"/> web制作      | <input type="checkbox"/> 企業内制作 | <input type="checkbox"/> ポスプロ |
| <input type="checkbox"/> イベント | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                                     |                                |                               |

ご紹介者名	会社名	氏名	<input type="checkbox"/> ホームページを見て

私は、株式会社アーク・ビデオのレンタル注意事項を確認・理解致しました。

また、これを遵守することに同意し登録の申請を致します。

印 (社判)

会社名 \_\_\_\_\_

印 (担当者判)

担当者名 \_\_\_\_\_

