

# 【Volkswagen特販プログラム】申込書

## Volkswagen特販プログラム事務局記入欄

申請番号

在籍確認

記入日： 年 月 日

### 【個人情報のお取り扱いについて】

本申込書に記載いただいた組合員様・購入（予定）者様の個人情報は、自動車購入に関する情報提供を行うために、自動車販売会社、自動車メーカー、全医協連、各医師協同組合、業務委託先等で共有させていただくほか、各種商品・サービスのご案内に利用させていただきます。

【個人情報のお取り扱いについて】に同意のうえ申し込みます。

### 組合員様情報（「※」項目は必須記入項目）

フリガナ(※)					
氏名(※)					
郵便番号(※)	〒		-		
ご住所(※)					
TEL(※)	▼お選びください	(		)	-
	ご連絡可能時間帯 ※組合員様が ご購入される場合のみ	第1希望	▼お選びください	:	~
		第2希望	▼お選びください	:	~
		第3希望	▼お選びください	:	~
E-mail(※)					@
所属医師協同組合(※)	⑥四国				
勤務先医療機関(※)					

### ご購入者様情報（組合員様ご本人と異なる場合のみご記入ください。）（「※」項目は必須記入項目）

フリガナ(※)					
氏名(※)					
組合員様とのご関係(※)	▼お選びください	【適用条件】 記載した購入者様は、組合員様の二親等以内の親族であること ※ご購入時に店舗にて住民票等のご提出が必要となります。			
郵便番号(※)	〒		-		
ご住所(※)					
TEL(※)	▼お選びください	(		)	-
	ご連絡可能時間帯	第1希望	▼お選びください	:	~
		第2希望	▼お選びください	:	~
		第3希望	▼お選びください	:	~
E-mail(※)					@

### その他ご質問（「※」項目は必須記入項目）

ご購入者様が 現在ご使用のクルマ(※)	メーカー名			
	車種		年式	
ご興味をお持ちのVolkswagen車(※)	▼お選びください			
ご予約の登録名義/登録名義人 (任意)	登録名義	▼お選びください		
	登録名義人			
ご希望のVolkswagen販売店 (任意)	店舗名	Volkswagen		
	担当者名			
ご購入の際のお支払い方法(任意)	▼お選びください			
ご希望があればご選択ください (任意)(複数回答可)	1つ目	▼お選びください		
	2つ目	▼お選びください		