

Stellantis ジャパン 提携制度利用申込書(兼 個人情報同意確認書)



記入日
年 月 日

利 用 者	フリガナ			
	住所	〒 -		
	電話: ☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ 携帯 () -			
	ご連絡可能時間帯: 月 火 水 木 金 土 日 : ~ :			
	フリガナ			
	氏名			
	eメール アドレス	@		
勤務先 医療機関				
* 同 上 の 場 合 、 一 親 等 内 の 登 録 者 の 記 入 不 要	フリガナ			
	住所	〒 -		
	電話: ☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ 携帯 () -			
	フリガナ			
	氏名	利用者とのご関係		
個人情報の 利用につ いて	ユーザー紹介票に記載いただいた紹介者・購入(予定)者の個人情報は、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きます。			利用者 確認印
考 備				

《医師協同組合 使用欄》

御中

いつもお世話になっております。上記のとおりご紹介申し上げます。

鹿児島県医師協同組合 印

《販売会社 使用欄_A》

鹿児島県医師協同組合 御中

いつもお世話になっております。組合員様のご確認をお願い致します。

ディーラー名 _____ ご連絡先 TEL: _____
 担当者名 _____ FAX: _____

《販売会社 使用欄_B》

鹿児島県医師協同組合 御中

この度はご紹介をいただきありがとうございました。以下のとおり成約となりましたのでご報告申し上げます。

販売会社名		営業担当者	
拠点名		成約日	
購入車両 (ブランド・モデル・ 車台番号)			