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	
							（　　）　　－	
	フリガナ							
	氏名							
	勤務先 医療機関							
購入情報	希望車	□ 新車　□ 中古車	メーカー		車名		台数	台
	下　取	□ なし　□ あり⇒	メーカー		車名		年式	年
ディーラーとのご関係	接　触 状　況	□ 全く接触なし　□ 見積書取付け済み　□ 下取車査定済み　□ 注文書取り交し済み						
		□ その他　⇒　〔　　〕						
	ご指定	ディーラー名		営業所		営業担当者		
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。					利用者確認印	印	
備考								

≪医師協同組合使用欄≫

ボルボ・カー鹿児島　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　㊞

≪ディーラー使用欄≫

鹿児島県医師協同組合　　御中

ありがとうございます。以下のとおり成約いたしました。

ディーラー名		営業担当者	㊞
営業所		成約日	
購入車両			