

登録申込書

年 月 日

セコム株式会社 殿

(お客様)

次のとおり通知します。

利用者 負担	加入料	700円（税別）
	利用料	☐ 利用料金の一割負担（220円（税別）） ☐ 利用者負担なし（生活保護世帯）

付属品は標準充電器となります。

利用者												
ご住所	〒 ビル名、マンション名、部屋番号までご記入ください											
	都道府県				市区町村							
お名前	フリガナ										生年月日	
	様										大正 昭和 平成 年 月 日	
ご連絡先	電話番号 () —											
	携帯電話 () —											
暗証番号	4桁の数字をご記入ください（位置情報の確認やお問い合わせの際にご確認させていただきます）											

位置情報対象者（ココセコム本体を所持（携帯）される方）										
お名前	フリガナ			ご住所	利用者と別居の場合のみご記入ください	フリガナ				
	様					〒 ー 都道府県 市区町村 ビル名、マンション名、部屋番号までご記入ください				
性別	男		生年月日	大正 昭和 平成		利用者との続柄	配偶者 ・ 親 ・ 子 ・ 兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 孫			
	女			年 月 日			その他親族（ ） その他（ ）			

緊急連絡先		利用者ご本人が緊急連絡先となりますが、利用者ご本人以外に必要な場合にご記入ください。					
お名前 フリガナ							
	様						
	連絡先電話番号		電話番号 () -		利用者との続柄 配偶者 親 子 兄 弟 姉 妹 孫 その他親族 () その他 ()		
	携帯電話 - -						

お名前	フリガナ	連絡先電話番号		利用者と続柄	
	様	電話番号	()	—	配偶者 親 子 兄 弟 姉 妹 孫 () その他親族 () その他 ()
		携帯電話	—	—	

クレジットカード		お支払方法 口座振替をご希望の場合はココセコム専用の口座振替依頼書を提出してください。									
クレジットカード	カード種類	JCB VISA DC UFJ B UC 日本信販 ダイナース						有効期限		漢字 ローマ字	
	カード番号	オリコ アメリカンエクスプレス イオン アブラス ライフ セゾン オーエムシー						月	年		