

契約申込書



お申込日 年 月 日

*は必須項目となります。

※ご利用者が18歳以下の場合、親権者名義でのご契約となります。

フリガナ*		フリガナ*	
ご利用者名*		ご契約者名*	
ご利用者名 ローマ字*	First name 氏 Last name 名	ご契約者名 ローマ字*	First name 氏 Last name 名
生年月日*	西暦 年 月 日	生年月日*	西暦 年 月 日
性別*	1.男性 2.女性	性別*	1.男性 2.女性
ご住所* (現住所)	〒 () 都道 郡市 府県 区 <small>※ビル、マンション名までご記入ください。</small>		
ご連絡先*			
メールアドレス*			
留学センター名	GoToVan / WevNuts Networks	滞在期間*	年 月 日～ 年 月 日まで
滞在先ご住所 (カナダ)*	〒 () ※例: V6B 1W7 カナダでは郵便番号が6桁になります。		
ご連絡先* (カナダ)			
ご希望の機種*	コーリング カード	ドル購入	修理 保険 要 ・ 不要 <small>※加入料10ドルで1年間無料修理保証</small>
料金プラン*	マンスリープラン ※1ヶ月以上ご利用される方はこちらからお選びください。 Plan A Plan B Plan C プリペイドプラン ※1ヶ月未満ご利用される方はこちらからお選びください。 Plan A		

お支払いはクレジットカードのみとさせて頂いております。あらかじめご了承ください。

クレジットカード*	ご利用のクレジットカード
	1. Visa 2. Master
	カード番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	有効期限 20 年 月 ご署名

※ 郵送料は直払いになります。

ご署名

【けーたい屋 JCTeL】

PENDER 428 West Pender Street Vancouver, BC V6B 1T5 Tel. 604-683-3510 Fax. 604-688-3510
 ROBSON 1238 Robson Street Vancouver, BC V6E 1C1 Tel. 604-568-8504 Fax. 604-568-8506
 VICTORIA 727 Yates Street Victoria, BC V8W 1L6 Tel. 250-858-7692
 CALGARY 615 1st Street SW Calgary, AB T2P 3B1 Tel. 403-313-0350 Fax. 403-313-0351
 TORONTO LL2-1300 Bay Street Tront, ON M5R 3KB Tel. 416-924-4445 Fax. 416-924-4485