

TAX CLINIC 会計事務代行契約書 兼 申込書

株式会社 エニシ コーポレーション 御中

申込日 年 月 日

お 申 込 者	申込区分	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人		申告種別	<input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 青色	
	フリガナ			性別	男 ・ 女	
	氏名	①		生年月日	明大 昭平	年 月 日
	法人名			設立年月日	年 月	決算月
	住所					
	電話	-	-	FAX	-	-
	携帯	-	-	連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール	
	フリガナ					
	携帯アドレス					
	フリガナ					
PCアドレス						

※ アドレスのフリガナは1(イチ)とI(エル)、0(ゼロ)とo(オー)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)の様に区別できるフリガナを記入して下さい。
 ※ 経理のやり取りにおいてPCメールを活用致しますので、必ずご記入お願いいたします。

契約と料金に関する同意書

※弊社が提供する会計事務代行サービス『TAX CLINIC』は、年契約(1月1日から12月31日)となります。
 下記項目をご確認の上、承諾のご署名・ご捺印をお願い致します。

- 1、会計事務代行サービス『TAX CLINIC』の契約は年契約(1月1日から12月31日)となります。
- 2、サービスの解約は、毎年10月末までに必要書面を提出いただき、同年12月31日を以て解約となるため、原則、中途解約は認められません。
- 3、契約満了日が12月31日であることから、同年度の確定申告が必要な場合、ご自身の責任で行っていただくこととなります。
- 4、契約の更新は自動更新手続きとし、毎年10月末までに必要書類のご提出がない場合、翌年のご契約を継続するものとし、月次資料の送付の有無に関わらず年間料金が発生致します。

私は、上記項目を了承の上、承諾いたします。

署名



営業時間内で連絡の取りやすい時間帯 (平日午前9時～午後6時)	曜日(月 火 水 木 金)					○で囲んでください
	時間帯	午前中	午後	終日	その他(時)	

※ 別紙にて会員規約を記載しております。ご確認の上、承諾のご署名・ご捺印をお願い致します。
 ※ 弊社との契約に伴い、同時に弊社提携税理士との契約の締結となります。
 ※ 控えが必要な方はコピーして保管して下さい。

株式会社 エニシ コーポレーション
 TAX CLINIC 事業部
 〒452-0815
 愛知県名古屋市中区八筋町227-2 サン・リブデン102
 TEL:052-503-1137 E-Mail: info@enishi-net.jp

振込先：
 三菱UFJ銀行 小田井支店
 普通 0000104
 カ) エニシコーポレーション
 ※振込手数料はご負担願います。

FAX送付先 052-503-1138