

ウインサーバーVPSサービス申込書

「ウインサーバーネットワーク契約約款」「個人情報の取り扱いについて」に同意の上、下記内容に申し込みます。
※内容をご確認の上、太枠内にご記入ください。

申込日			年		月		日
-----	--	--	---	--	---	--	---

1 お申込みの形態を選択してください


<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 既にサービスをご利用中	<input type="checkbox"/> ご紹介
<input type="checkbox"/> 法人	<input type="checkbox"/> 個人	

ご紹介者様名	
代理店コード	

※代理店コードをお持ちの方のみ、ご記入ください。

2 ご契約者情報をご記入下さい ※太枠内の情報は全てご記入ください。

ご契約者情報欄	貴社名 <small>個人でも屋号をお持ちの方はご記入下さい</small>	フリガナ		
	申込担当者 <small>部署名・役職名もご記入下さい</small>	フリガナ		
		フリガナ	(部署名)	(役職名)
		E-mail アドレス	@	
	住所等 <small>ビル名、部屋号数、様方までご記入ください</small>	フリガナ		
		〒	都道府県	
フリガナ				
	電話		FAX	

お申込印

印

3 サービスを選択してください

お申込みサービス一覧	<input type="checkbox"/> Micro +プラン	HDD: 60GB / メモリー: 512MB / 月額費用: 1,512円 / 初期費用: 1,080円
	<input type="checkbox"/> Light +プラン	HDD: 120GB / メモリー: 1GB / 月額費用: 1,995円 / 初期費用: 1,080円
	<input type="checkbox"/> Basic +プラン	HDD: 200GB / メモリー: 1GB / 月額費用: 3,024円 / 初期費用: 1,080円
	<input type="checkbox"/> Enterprise +プラン	HDD: 240GB / メモリー: 2GB / 月額費用: 3,682円 / 初期費用: 2,160円
	<input type="checkbox"/> Ultimate +プラン	HDD: 480GB / メモリー: 3GB / 月額費用: 5,400円 / 初期費用: 3,780円
	<input type="checkbox"/> Heavy プラン	HDD: 500GB / メモリー: 4GB / 月額費用: 6,048円 / 初期費用: 6,480円
	<input type="checkbox"/> Super プラン	HDD: 900GB / メモリー: 8GB / 月額費用: 10,162円 / 初期費用: 10,800円
	<input type="checkbox"/> Omega プラン	HDD: 1.2TB / メモリー: 16GB / 月額費用: 18,391円 / 初期費用: 19,440円

4 ドメインについてご記入ください

ドメイン	独自ドメイン	<input type="checkbox"/> 新規で取得する <input type="checkbox"/> 取得済み <input type="checkbox"/> happywinds.net使用 <input type="checkbox"/> ドメイン不要
	運用予定のドメイン名	
	ドメインの所有	<input type="checkbox"/> 個人名義 <input type="checkbox"/> 法人名義

※happywinds.netを使用する場合は、末尾に必ず「happywinds.net」とご記入ください。

5 ご契約期間を選択してください

ご契約期間	<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 12ヶ月
	※ご記入がない場合は、「3ヶ月」のご契約になります。 ※SPARKプランにお申込みの場合は、12ヶ月のご契約をしていただく必要がございます。
備考	※オプションサービスにお申し込みされる場合はこちらにご記入ください

6 お支払い方法を選択してください

お支払い方法	<input type="checkbox"/> クレジット決済 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 口座振替	
	クレジットカード	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> MASTER
	カード番号	
	有効期限	月 年
	カード所有者名	※アルファベット表記でご記入ください
	法人名	※法人カードの場合のみご記入ください

記入項目は以上です。ありがとうございました。
以下のFAX番号宛に送信いただけますようお願い申し上げます。

FAX番号: 06-6121-7525