

承認書

令和 年 月 日

ソリマチ株式会社 宛

下記ソフトの暗証番号の解除方法について、連絡する旨を承認いたします。

(ソフト名)

(シリアルNo)

住所

会社名

印

代表取締役

印

担当者名

電話番号

※署名・捺印の無い場合はお受けできません

※個人事業者様の場合で、会社名が無い場合は無記入でかまいません。