

予約申込書

テレビ阿波株式会社
FAX 0883-55-0056

申込受付日 令和 年 月 日

ご住所	(郵便番号)	フリガナ					
	-	徳島県美馬市脇町					
お名前	フリガナ	性別	生年月日		連絡先	ご自宅	()
	(印)	1. 男 2. 女	1.平成 2.昭和 3.大正 年 月 日	お勤め先		()	
				携帯		()	
				連絡希望		月 日 曜日 時間帯(: ~ :)	

ご希望プラン (☑ チェックを入れてください)		
テレビ放送サービス	インターネットサービス	セットプラン(テレビ&インターネット)
<input type="checkbox"/> 地上波プラン <input type="checkbox"/> STBプラン(地上波 対応・非対応) 希望台数(台)	<input type="checkbox"/> 20Mスタンダードプラン <input type="checkbox"/> 50Mプレミアプラン	<input type="checkbox"/> 地上波 & 20Mプラン <input type="checkbox"/> 地上波 & 50Mプラン <input type="checkbox"/> STB & 20Mプラン(地上波 対応・非対応) 希望台数(台) <input type="checkbox"/> STB & 50Mプラン(地上波 対応・非対応) 希望台数(台)
指定工事業者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	その他	
備考・通信欄		
		担当者