

TransFaxマリタイム(送受信一体型)休止申込書

トランザクトが提供するサービスの「TransFaxマリタイム(送受信一体型)利用規約」に同意の上、下記の通り申込みを致します。

改定日 2025/02/04

| | | | |
|----------------------|-------|--------------------------|---|
| お申込日 | 年 月 日 | お客様番号 (187or188-XXXX) | — |
| フリガナ | | | |
| ご名義 (会社名/個人名など) | | | |
| フリガナ | | | |
| ご担当者名 | | | |
| お電話番号 (事務所、ご自宅など) | | | |
| FAX番号 (事務所、ご自宅など) | | | |
| フリガナ | | | |
| 船名 | | | |

※船舶で契約されている方は「船名」の記入をお願いします。

※上表の「FAX番号(事務所、ご自宅など)」欄は休止の再開のご案内する際に必要になりますので、ご記入をお願い致します。

また、FAXをお持ちでない場合は郵送でご案内させていただきますので、弊社宛にお問い合わせください。

| | | | |
|----------------------|---|-----|----------|
| 送受信用メールアドレス | | | |
| トランザクトから付与されたFAX03番号 | | | |
| 03 | — | — | |
| 休止期間 | | | |
| 年 | 月 | 1 日 | ～ 年 月 末日 |

◇休止期間設定のご注意◇

・休止は月毎となります。日割りのご対応はしておりませんのでご了承ください。

・再開月が早まる場合はご連絡いただければ、早期再開可能でございます。

その際は料金の払い戻しはできかねますので前納分と早期再開分の二重の請求がかかる事をご了承願います。

そのため、再開月が未定、早期再開が見込まれる場合は休止期間の短めの設定をしていただければと思います。

ご記入後、下記の宛先までFAXかメールをしていただきますようお願い致します。



F A X : 03-3442-7774
MAIL : ws_support@transact.ne.jp

TransFaxマリタイム(送受信一体型)お問合せ窓口
電話: 03-3442-7859(平日10:00~18:00)