

「聴覚障がい者お客さま専用」お問い合わせ受付票

ソフトバンク株式会社

カスタマーセンター行

※受付時間 9:00～17:30

お問い合わせ日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

各種サービス内容の詳細につきましては弊社ホームページ
(<https://my.ymobile.jp/>) または、弊社総合カタログにてご確認ください。

◆ご契約者情報◆

| | | | |
|----------------------|--|---|-------|
| ご契約のお電話番号 | 0 0 - _____ | | |
| ご契約者名 | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | |
| ご請求先番号 (請求書記載のもの) | | 暗証番号 | |
| ご住所 | 〒 _____ (住所変更を申込される場合、変更前住所を記載してください。) | | |
| ご自宅電話番号 | () _____ | 記載内容に不備がある場合や、お手続き完了後はFAXにてお知らせ致します。必ず お客様の連絡先FAX番号 をご記入頂きますようお願い致します。尚、非通知拒否設定をされている場合、お届けが出来ませんのでご了承下さいませ。 | |
| ご連絡先FAX番号 | () _____ | | |

※各種変更受付に関しては、My Ymobile(<https://my.ymobile.jp/>) から24時間受付可能です。

◆お問い合わせ内容詳細記入欄◆ ※注意※ 複数回線のお手続きをご希望の際は、全ての回線をご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|