

TO: MOTHER BRAIN (THAILAND) CO., LTD.

FAX NO: **0-2439-2670**

TEL: 0-2439-2667~9

e-Mail : tellusgp@gmail.com

下記にご記入の上、ファックスまたはメールにてお申し込みください。オリジナルは御社控として保管ください。  
PLEASE FILL OUT THIS FORM AND SEND TO US BY FAX OR E-MAIL, AND KEEP THE ORIGINAL AS YOUR COPY.

Q&A サービスは、月報購読会員に限らせていただきます。月報購読と同時に申し込みの方は、会員登録(月報購読)申込書もあわせてお送りください。

**Q&A サービス申込書**  
**APPLICATION FOR Q&A SERVICE**

マザーブレインの Q&A サービスを申し込みます。  
WE WISH TO APPLY Q&A SERVICE.

申込年月日 DATE	
利用開始日 STARTING FROM	1 <sup>st</sup> DAY OF THE MONTH OF _____, <u>20</u> (1 日) (月 MONTH) (年 YEAR)
会社名 NAME ON ORGANIZATION	IN ENGLISH
電話番号 TEL NO.	
ファックス番号 FAX NO.	
E-MAIL ADDRESS	
Q&A 担当者 A PERSON IN CHARGE (CONTACT PERSON FOR Q&A SERVICE)	英文氏名 NAME IN ENGLISH
	和文氏名 NAME IN JAPANESE
	署名 SIGNATURE

- ◆ 電話、ファックス、メールによる Q&A サービスは、月 5,000 バーツの固定料金です。  
Q&A SERVICE IS CONSULTING SERVICES BY TELEPHONE, FACSIMILE AND E-MAIL AT THE FIXED MONTHLY RATE OF 5,000 BAHT.
- ◆ ご担当者(ご質問いただく方)は、1 名に限らせていただきます。  
ONLY A PERSON MAY BE ASSIGNED.
- ◆ Q&A サービスは、最低 1 年間継続していただくことを前提にしておりますので、あらかじめご了解ください。  
PLEASE ACKNOWLEDGE THAT ONE-YEAR PERIOD SHALL BE THE MINIMUM FOR THIS SERVICE.

FOR COMPANY USE ONLY			
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> IND (VAT 7, W/H 0)	<input type="checkbox"/> FRG (VAT 0, W/H 0)	<input type="checkbox"/> IV.AD.F.SD.T
OTHER :			