

顔認証システム(フェイスマイスター) 申込書

申 込 日	年 月 日	
御社名(申込者)		印
部 署 名		
ご担当者様名フリガナ	サマ	
ご担当者様名	様	
電話番号		
FAX番号		
所在地	〒	
メールアドレス		
会社URL	http://	
備 考		

※お申し込み頂きますと、技術者をお伺いさせお打合せ・お見積り致します。

連絡先:株式会社創源ソフトウェア
〒171-0022 東京都豊島区南池袋2-12-5
第三中野ビル
Email: webinfo@sogen.co.jp
TEL 03-3986-6040
FAX 03-3986-7055
担当:宇都宮