依頼日：　　　年　　　月　　　日

**クリッピング利用 契約申込書**

※ご利用条件や契約上のご注意については「西日本新聞社コーポレートサイト」内の「クリッピング」ページを必ずご確認くだい<https://c.nishinippon.co.jp/service/announce/clipping/>

|  |  |
| --- | --- |
| **貴社（団体）名** |  |
| **ご担当部署名** |  |
| **ご担当者氏名** |  |
| **見積書No** | No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自動更新の場合は「0000」と入力）　　 |
| 請求書宛名 | （見積書記載の貴社（団体）名と異なる場合） |
| 請求先住所 | 請求書に記載しますのでお知らせください。〒 |
| 請求書送付先 | **メールアドレス：**（原則、電子送信のみです。それ以外は別途郵送手数料300円（税抜き）を申し受けます） |
| 請求書押印 | **社印（角印）が原則です。**代表印（丸印）が必須、または省略可能条件などがございましたら、ご記入ください。**許諾書の押印は知的財産管理担当印のみです。** |
| [ ] 　代表印（丸印）押印を希望 | [ ] 　代表者名のみで良い（押印省略） |
| [ ] 　代表印の省略条件あり （具体的に） |
| 請求書発日 | 請求書発行日のご指定があればお知らせください。実際の発行日より前の日付は指定できません。　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 許諾書宛名 |  |
| 許諾書送付先 | **メールアドレス：**（原則、電子送信のみです。それ以外は別途郵送手数料300円（税抜き）を申し受けます） |
| 自動更新 | 　[ ] 　希望しない　　　　　　[ ] 　希望する　　（解約の場合は契約満期の１か月前までに要連絡） |

**【お問い合わせ先】　西日本新聞社　知的財産管理担当**chosakuken@nishinippon-np.jp

**※お電話でのお問い合わせは受け付けておりませんので、記録に残るメールでご連絡ください**