

# TAX CLINIC 会計事務代行契約書 兼 申込書

株式会社 エニシ コーポレーション 御中

申込日 年 月 日

お 申 込 者	申込区分	個人	法人	申告種別	白色	青色
	フリガナ			性別	男	女
	氏名	印		生年月日	明大平	年 月 日
	法人名			設立年月日	年 月	決算月
	住所	〒 -				
	電話	-	-	F A X	-	-
	携帯	-	-	連絡方法	電話	携帯 FAX メール
	フリガナ					
	携帯アドレス					
	フリガナ					
PCアドレス						

アドレスのフリガナは1(イチ)と!(エル)、0(ゼロ)とo(オー)、-(ハイフン)と\_(アンダーバー)の様に区別できるフリガナを記入して下さい。  
 経理のやり取りにおいてPCメールを活用致しますので、必ずご記入お願いいたします。

オ プ シ ヨ ン	<input type="checkbox"/>	年末調整	<input type="checkbox"/>	給料代行	<input type="checkbox"/>	源泉徴収
	<input type="checkbox"/>	消費税	<input type="checkbox"/>	不動産	<input type="checkbox"/>	その他(別途見積)

## 契約と料金に関する同意書

弊社が提供する会計事務代行サービス『TAX CLINIC』は、年契約(1月1日から12月31日)となります。  
 下記項目をご確認の上、承諾のご署名・ご捺印をお願い致します。

- 会計事務代行サービス『TAX CLINIC』の契約は年契約(1月1日から12月31日)となります。
- サービスの解約は、毎年10月末までに必要書面を提出いただき、同年12月31日を以て解約となるため、原則、中途解約は認められません。
- 契約満了日が12月31日であることから、同年度の確定申告が必要な場合、ご自身の責任で行っていただくこととなります。
- 契約の更新は自動更新手続きとし、毎年10月末までに必要書類のご提出がない場合、翌年のご契約を継続するものとし、月次資料の送付の有無に関わらず年間料金が発生致します。

私は、上記項目を了承の上、承諾いたします。 署名 印

備考	
----	--

別紙にて会員規約を記載しております。ご確認の上、承諾のご署名・ご捺印をお願い致します。  
 弊社との契約に伴い、同時に弊社提携税理士との顧問契約の締結となります。  
 控えが必要な方はコピーして保管して下さい。

株式会社 エニシ コーポレーション  
 TAX CLINIC 事業部  
 〒452-0815  
 愛知県名古屋市西区八筋町227-2 サン・リブデン102  
 TEL:052-503-1137 E-Mail: info@enishi-net.jp

振込先：  
 三菱東京UFJ銀行 小田井支店  
 普通 0000104  
 カ) エニシコーポレーション  
 振込手数料はご負担願います。

**F A X 送付先 0 5 2 - 5 0 3 - 1 1 3 8**