

インボイス制度導入開始に係るアンケートのお願い

貴社名またはお名前（契約書と同じお名前をお願いします）

【
】

物件名・部屋番号

【
】

1. インボイス制度における適格請求書発行業者登録番号(以下、登録番号)を取得について

① 取得した場合

登録番号 【
】

登録年月日 【
】

② 取得していない場合

今後の取得予定【 あり ・ なし 】

※いずれかに○をつけてください。

2. 上記1. で登録番号の取得予定が「あり」の場合、取得予定日をご記入ください。

登録予定日 【
年(令和 年) 月 日 】

※登録が完了した際には、登録番号と登録年月日をお知らせください。

3. ご記入内容でお問い合わせさせていただく場合がございます。ご連絡先をご記入ください。

① 貴社名・お名前 【
】

② ご担当者様名 【
】

③ 電話番号 【
】

④ メールアドレス 【
】

アンケート送付先 お手数をおかけいたしますが下記のいずれかでお送りください。

FAX 0476-92-2624

E-mail seiwakousan@pure.ocn.ne.jp

郵送 〒286-0221

千葉県富里市七栄 366

有限会社 正和興産