

OmniSTAR 信号受信申込書

このたびは OmniSTAR 信号の受信の申し込みを頂きありがとうございます。ご希望の信号の種類の使用期間を選択してください。また、受信機名と OmniSTAR のシリアルナンバー（器械番号とは異なる）を必ずご記入をお願いします。申込書は FAX にて当社までお送りください。

申込年月日： 年 月 日

受信信号の種類	使用期間		
VRS (DGPS)	1 ヶ月	3 ヶ月	12 ヶ月
HP/G2	1 ヶ月	3 ヶ月	12 ヶ月
SeaSTAR	1 ヶ月	3 ヶ月	12 ヶ月
HP/G2 農業用	3 ヶ月	1 年	
HP/G2 評価受信	3 日間		

使用地域			
国内	県名	陸地	海上
海外	国名	陸地	海上

使用開始日時	西暦	年	月	日			
アクチベーション日時	西暦	年	月	日	午前 午後	時	分
受信機名							
OmniSTAR S/N							

申込者氏名： _____ 印

住所

郵便番号：

_____ 都 道 府 県 _____

電話番号： — — —

携帯電話（緊急連絡用）：

FAX 0166-46-1164