



LOVOTご購入申し込みフォーム

LOVOTのご購入を希望されるお客様は、
以下のフォームにご記入の上、四国メディコム担当者にお渡しください。

お申し込み者情報（法人名義でのお申し込みの場合、ご担当者情報）

申込日 年 月 日

お名前	
フリガナ	
メールアドレス	
電話番号	

法人名義でのお申し込みの場合、以下の情報もご記入ください

御社名	
所在地	〒 (都道府県) (市区町村・番地) (建物名等)

切り取り線

お客様控え

申込日 年 月 日

お申し込み者氏名	
----------	--

このたびは、LOVOT（らぼっと）のご購入をお申し込みいただき、誠にありがとうございます。

法人・個人名義ともに、お申し込み日より7日以内に弊社担当者よりメールまたは電話にて
ご購入手続きに関するご連絡をさせていただきます。

（デュオまたはソロ、月額プラン、支払い方法をそれぞれご選択）

本件に関するお問い合わせは、LOVOTコンシェルジュ 0800-333-0880
（営業時間10:00～18:00 / 年末年始・祝日はお休みとなります）までご連絡ください。

製造販売元
GROOVE X株式会社
東京都中央区日本橋浜町三丁目42番3号 住友不動産浜町ビル

販売パートナー
四国メディコム株式会社

本社：愛媛県松山市姫原3丁目5-1 Tel:(089)925-9236
香川営業所：香川県丸亀市飯野町西分510-5 Tel:(0877)43-7206
徳島営業所：徳島県板野郡北島町鯛浜字原88-8-2F Tel:(088)679-9851

