

**支払方法変更届(クレジットカード)**

ご記入年月日	年	月	日
--------	---	---	---

お客様情報

お客様コード			
ご利用者名	フリガナ		
			印
	部署名	担当者名	
	TEL	FAX	
ご住所	〒		
	都道府県	市区	

クレジットカード情報

カード会社	VISA	MASTER	JCB	AMEX
カード番号	□□□□-□□□□-□□□□-□□□□			
有効期限	□□月 / 20□□年			
カード名義	名			姓

クレジットカード情報は正確に記入してください。

記入内容を間違えた場合は、訂正箇所にも二重線を引き、そのそばに訂正内容を記入してください。

お申し込みはご契約者様本人名義のカードに限ります。

お申し込み手続き後、カード引き落としができるようになるまで1~2ヶ月かかる場合があります。

引き落とし日はご契約のクレジットカード会社が指定する引き落とし日となります。

本支払依頼書はFAXの他に、郵送することもできます。郵送をご希望の方は、弊社用意の返信用封筒をご利用ください。

返信用封筒のお求めは、弊社サポートセンター(0120-979-900)までご連絡ください。

以上の内容で手続きを願います。

弊社記入欄

