

# クレジットカード 決済申請書/変更申請書/決済停止申請書

行き

**クレジットカード 決済申請書**

以下の事項を確認し、貴社商品の購入に際しクレジットカードでの決済を申請します。

**クレジットカード 変更申請書**

以下の事項を確認し、クレジットカード登録内容の変更を申請します。

**クレジットカード 決済停止申請書**

クレジットカードでの決済停止を申請します。

**※該当の申請にレ印をお付けください。**

**【確認事項】**

決済に使用するクレジットカードは、ダイナースクラブカードとなります。

商品のご購入は、お申込者本人に限ります。

クレジットカードでの決済開始後は、当社からご請求させていただきお支払いに関して原則カードでの決済となります。

クレジットカード決済は、ダイナースクラブが決済を承認したものに限りします。

高額のご利用を予定されている場合は、事前にダイナースクラブ オークソリセンターへご相談ください。  
電話045-523-1300 月～金 9:30～17:30 / 土・日・祝日休

お支払日に関しては、ダイナースクラブカードの会員規約に基づき、ご指定口座から引き落とされます。  
※引き落としの時期については、カード会社のご利用代金明細書をご確認ください。

クレジットカードの会員番号・有効期限が変更になった場合は、「クレジットカード 変更申請書」にて弊社宛にご申請ください。

なお、お客様がクレジットカードの会員資格を喪失した場合は、クレジットカードでの決済は出来ません。

クレジットカードでの決済を終了される場合は、ただちに、「クレジットカード決済停止申請書」にて弊社宛にご申請ください。

**※決済申請書の場合は、全ての項目をご記入願います。**

**変更申請書の場合は、お申し込み年月日および変更箇所をご記入願います。**

**支払停止申請書の場合は、お申し込み年月日および御氏名・歯科医院名をご記入願います。**

													お申し込み年月日		年	月	日
カード番号	3	6	9	-											有効期限 YY / MM	/	
御氏名	フリガナ						Tel No		( )								
							Fax No		( )								
歯科医院名																	
御住所	〒 -																
	フリガナ																