クレジットカード登録用紙

KEN. DENTALX

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
このたびは、カード決済サービスを申込いただき、ありがとうございます。
ご利用に際して必要事項をご記入の上、PDFメール添付もしくはFAXにてご返信いただきますよう
お願い致します。

■クレジットカード情報　　お申し込み日　　年　　月　　日

歯科医院名	フリガナ
カードの名義人	例：MATSUURA KENJI
カード会社	□ VISA　□ Master　□ Amex　□ Diners　□ JCB　□ UC
カードナンバーご記入	※カード番号は左づめでご記入ください。
有効期限	月　年

■FAXの場合　FAX：03-3836-2235

■mailの場合　mail：info@ken-dentalx.com

ケン・デンタリックス株式会社
〒113-0034 東京都文京区湯島3-27-3
TEL.03-3836-2236　FAX.03-3836-2235
URL：http://www.ken-dentalx.com
E-mail：info@ken-dentalx.com