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

ケン・デンタリックス株式会社
〒113-0033
東京都文京区本郷4-1-11
デンタビル 本社4F
tel:03-6801-8194
fax:03-6801-8195

info@ken-dentalx.com
www.ken-dentalx.com