

クレジットカード申込・変更届

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度はクレジットカード決済のお申込みをいただきありがとうございます。

下記必要事項をご記入の上 FAX もしくはEメールにてご返送くださいますようお願い申し上げます。

■AMEXカードご利用の場合

AMEXをご希望の場合はお客様自身でご登録いただかなければいけないため、

下記へ医院様名とメールアドレスのみご記入ください。

ご記入いただいたアドレスへ登録用のURLをお送りいたします。

歯科医院名	
URL送付先 メールアドレス	

■AMEXカード以外ご希望の場合

下の枠内にご記入いただきご返送ください。

歯科医院名	フリガナ																		
カード名義人	例) YAMADA TARO																		
カード会社	☐ VISA ☐ Master ☐ Diners ☐ JCB ☐ UC																		
カードNo.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
※カード番号は左詰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

TEL03-6801-8194 FAX03-6801-8195

E-Mail info@ken-dentalx.com

