



# DemiLine【クレジットカード払い登録用紙】

株式会社デミライン 御中

私は、株式会社デミラインにFAX、電話、Webのいずれかで注文する商品代金を、下記クレジットカードを利用して決済することを申し込み、私とクレジットカード会社との間で定める規定に従って商品代金の精算をします。それに伴い、カード情報の事前登録の申し込みをいたします。

## ◆クレジットカード支払いを適用するお客様情報をご記入ください。◆

ご注文先お客様情報	フリガナ											
	フリガナ											
	〒											(住所は略さずご記入ください)
	都道					市区						
	府県					町村						
医院様電話番号	( )	-										
医院様FAX番号	( )	-										

クレジットカード情報	登録の種類	<input type="checkbox"/> カード払い新規登録 <input type="checkbox"/> カード会社変更 <input type="checkbox"/> カード番号変更 <input type="checkbox"/> 有効期限の更新										
	ご利用いただけるカード会社											
	ご利用のカードに○をご記入ください。	JCBカード	VISAカード	Master Card	Diners Clubカード	American Express						
	カード番号(左詰め)											
	カード有効期限			月	/西暦 20			年				
	カード会員名	フリガナ										
ローマ字、漢字 どちらでも可												

商品購入時、現在の支払い方法から、今後はクレジットカード払いを利用します。

登録のクレジットカードで決済が行えなかった場合には事前に断りなく代金引換便で購入商品を発送することを了承します。

上記内容にて、クレジットカードでの支払いを申し込みます。

お申し込み日： 20		年		月		日	お申し込み	
							ご本人様 自署：	

(押印は不要です)

### ●申込書のご提出方法

この用紙を、同封の返信用封筒でご郵送ください。登録が完了しましたらFAX等にてご連絡いたします。



- ・ご登録のカードは1種類のみです。
- ・デビットカード、プリペイドカードはご利用いただけません。
- ・本用紙はご提出前にコピーをお取りいただき、お客様のお控えとしてお手元に保管ください。
- ・カード情報および個人情報の取り扱いについて  
弊社では、情報漏洩リスク対策として、カード情報の登録処理後、速やかに本用紙を裁断し破棄いたします。  
いただいた内容に不備があった場合などは、再提出していただく場合がありますのでご協力をお願いいたします。  
個人情報につきましては、申込受付、契約の締結、履行、料金計算および料金請求、各種手続きのご案内、情報提供等のお客様サポート、不正契約・不正利用・不払いの発生防止および発生時の調査、その他これらに付随する業務を行うために必要な範囲内で弊社でのみ利用させていただきます。

太枠部を切り取り、宛名ラベルとして封筒の前面に貼り付けてください。

セキュリティ上『郵送』でのみご登録受付いたします。

お手元に封筒が無い場合は外枠で切り取り、のりしろ部分をしっかりと貼り合わせて封筒としてご利用ください。  
※封筒としてご利用いただく際は登録用紙はご記入頂いた面を内側に折り込んで封入してください。

A4 サイズ用紙に等倍で印刷し、  
のり付けが剥がれないようにご作成ください。

のりしろ	 料金受取人払郵便	9 2 4 - 8 7 9 0
	松任局 承認 6025	
	差出有効期間 令和7年8月 31日まで (切手不要)	
	松任郵便局留 株式会社デミライン 事務センター 行	
		
	差出人	
	医院様名	
	所在地	
	電話番号	
やまおり	のりしろ	やまおり