

支払方法変更届け

以下の通り支払方法変更を申請いたします。

■ ご契約内容

ご契約者名	様	印	
住 所			
電話番号		FAX 番号	

ID :

■ 変更する支払い方法（該当に○をつけてください）

1	振込（請求書発行代 110 円がかかります。）																											
2	口座振替（同封いたします口座振替依頼書にご記入ください）																											
3	クレジットカード払い（下記項目にご記入ください）																											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">カード会社</td> <td>（○をつけてください） VISA・MASTER・JCB・AMEX・ダイナースクラブ・DC</td> </tr> <tr> <td>カード名義</td> <td>（ご本人又はご家族名義） ※ローマ字でご記入ください</td> </tr> <tr> <td>カード番号</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td style="text-align: center;">年 月</td> </tr> </table>	カード会社	（○をつけてください） VISA・MASTER・JCB・AMEX・ダイナースクラブ・DC	カード名義	（ご本人又はご家族名義） ※ローマ字でご記入ください	カード番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																				有効期限	年 月
	カード会社	（○をつけてください） VISA・MASTER・JCB・AMEX・ダイナースクラブ・DC																										
	カード名義	（ご本人又はご家族名義） ※ローマ字でご記入ください																										
	カード番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																										
有効期限	年 月																											
4	コンビニ決済 ※当社より払込票をお送りいたします。 ※払込票 1 通につき、220 円の手数料がかかりますのでご了承ください。																											

お手数ですが、郵送または FAX にて下記までご返送ください。

郵送送付先：〒503-0006 岐阜県大垣市加賀野 4 丁目 1-12

(株)ミライコミュニケーションネットワーク

TEL : 0584-78-7810

FAX 送付先 : 0584-82-3250