



SHIKA-KANREN.COM

FAX : 020-4666-5069 (日本国内)

ご注文情報		
1	ご注文日 (年/月/日)(必須)	20 / /
2	ご注文ID(必須)	
3	クリニック名(必須)	
4	お名前(漢字)(必須)	
5	お名前(ローマ字)(必須)	
6	登録住所(必須)	〒
7	発送先住所 (登録住所と異なる場合)	〒
8	電話番号(必須)	() -
9	携帯電話番号	() -
10	e-mailアドレス(必須)	@

クレジットカード情報		
1	クレジットカード会社(必須)	VISA MASTER AMEX DINERS JCB
2	カード番号 (16桁)(必須)	— — — — - — — — - — — — - — — —
3	カード名義 (ローマ字)(必須)	
4	有効期限(月/年)(必須)	— — / — —
5	セキュリティコード (3桁)(必須)	— — — (カード裏面の署名スペース横に印字)
6	登録カード情報	今回のみ変更 登録カード情報も更新

上記情報に間違いが無い事をご確認の上、ご署名下さい。

署名: _____

日付: _____