

# 各種変更 依頼書

〒163-1030 東京都新宿区西新宿3-7-1  
新宿パークタワーN30階

締日 25日 厳守

デウスインターナショナル株式会社

変更箇所にレ点を入れ、太枠内を必ず記入ください。

FAX 03-5326-3606

注文受付日:西暦 年 月 日

氏名	ID番号	J	A	-										
	電話番号	-												
期間	月 から													

住所変更・アドレス変更(必ず登録下さい。お知らせはメールでお送り致しております)

アドレス													@
変更住所	〒	都 道	区 郡	町	府 県	市	村						

定期購入の変更(定期便 毎月クレジット決済5日、代引10日、口座引落20日に発送)

登録済支払方法	品名	単価(税込)	数量	金額(税込)
<input type="checkbox"/> 口座引落	バイタルゴールド(紫)エイジングケア	3,780		¥
<input type="checkbox"/> クレジット	ブラックスリム(赤)ダイエット	3,780		¥
<input type="checkbox"/> 代引き	グリーンファイブ(緑)ダイエット	3,780		¥
	グリーンマックス(青汁)	3,780		¥

支払方法の変更

<input type="checkbox"/> 口座引落 → <input type="checkbox"/> クレジット <input type="checkbox"/> 代引き	*クレジット選択した方は下記へクレジット情報記入下さい *口座引落選択した方は <b>口座振替依頼書</b> を提出下さい。 *提出後口座引落開始するまでに約2か月かかります。開始までは代引き対応
<input type="checkbox"/> クレジット → <input type="checkbox"/> 口座引落 <input type="checkbox"/> 代引き	
<input type="checkbox"/> 代引き → <input type="checkbox"/> 口座引落 <input type="checkbox"/> クレジット	

カードの種類	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER	<input type="checkbox"/> JCB	<input type="checkbox"/> AMEX	<input type="checkbox"/> DINERS					
カード番号										
有効期限	月	年	セキュリティコード				3桁(アメックスのみ4桁)			
名義人氏名(ローマ字)										

\*翌月の停止又は変更は原則前月25日まで。 厳守して頂けますようご協力をお願いします。  
\*電話での受付は致していません。  
\*メールでの変更や停止依頼はその内容のみ。 質問等は別途送って下さい。

	受付	入力	確認
本社記入欄			