

各種変更 依頼書

〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-6-12
日総第12ビル9階

締日 25日 厳守

株式会社ウィル・サーチ

変更箇所には✓点を入れ、太枠内を必ず記入ください。

TEL:045-472-2080 FAX:045-478-5096

FAX 045-478-5096

変更受付日: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 村 府 県 市

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
<input type="checkbox"/> クレジット → <input type="checkbox"/> 口座引落 <input type="checkbox"/> 代引き	*口座引落選択した方は 口座振替依頼書 を提出下さい。
<input type="checkbox"/> 代引き → <input type="checkbox"/> 口座引落 <input type="checkbox"/> クレジット	*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

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 (裏面3桁)	(アメリックスのみ 表黒字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			