

クレジットカード承認フォーム

すべての項目を入力してください。この承認は保存されているカードを削除すればいつでもキャンセルすることができます。キャンセルされるまでこの承認は有効となります。

クレジットカード情報

カードの種類:

- Mastercard
- VISA
- Discover
- AMEX
- その他: _____

カード名義人（カードに記載された氏名）: _____

カード番号の下4桁: _____

カード有効期限日: _____

カード名義人の郵便番号（クレジットカード請求先住所の郵便番号）:

私、_____は、_____が私の将来の購入に対して、上記クレジットカードに直接請求することを許可します。この承認はいつでもキャンセルできることを理解しています。

顧客署名

日付