

クレジットカード利用承諾書

すべての項目をご記入ください。
本件に関する承諾は、ご連絡いただければいつでも取消することができます。取消しを行うまでは本承諾書が有効となります。

クレジットカード情報	
カードの種類	<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> その他 _____
カード名義人	(クレジットカード表面に記載の名前)
カード番号	(カード番号の下4桁のみを記入)
有効期限 (月/年)	(月) / (年) (クレジットカードの有効期限)

私、_____ (本カード保持者) は、**まんまる助産院** (加盟店名) に対し、Square のシステムを通じてこのクレジットカードの情報を保存し、別途私が **まんまる助産院** (加盟店名) への承諾を取り消すまで、今後の取引に際しこのクレジットカードに代金を請求する権限を付与します。

お客様 (カード保持者) の署名

日付