



電話会議サービス【ご契約情報 変更申込書】
株式会社 ジャスティー行

送信先: DSI 電話会議 担当 行
FAX:0120-622-883 (TEL:045-905-2284)

お申込日: 20 年 月 日

ご契約情報 ※必ずご記入ください		印	社判をご捺印下さい
DSI お客様番号	8 1		
会社名			
ご担当部署名		ご担当者名	
ご連絡先	TEL	Fax	

● 変更項目に✓をつけて、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 社名変更		印	社判をご捺印下さい				
<input type="checkbox"/> 請求書送付先	〒 -						
<input type="checkbox"/> ご担当部署名							
<input type="checkbox"/> ご担当者名							
<input type="checkbox"/> ご連絡先	TEL	Fax					
	E-mail						
<input type="checkbox"/> お支払い方法	変更後のお支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(手数料はお客様負担となります) <input type="checkbox"/> 預金口座振替					
	<input type="checkbox"/> クレジット	ご利用のカード種類 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> American Express					
		カード会員番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					
カード有効期限【 年 月】							
カード名義(ローマ字)【 】							
<input type="checkbox"/> 電話会議サービスのご解約(現在ご利用中のパスコードが全て削除されます)							
解約希望日	20 年 月 日						

【預金口座振替へご変更の場合】

口座振替依頼書をご郵送いたしますので、ご記入の上、弊社までご返送下さい。

FAX では受け付けできませんので、必ずご郵送ください。

口座振替依頼書は、弊社ホームページから入手することも可能です。

(http://www.dsi.ne.jp/red/contact/contact_dl.html)