

※下記にご記入いただきFAXいただくか又はEメールにて変更内容をご連絡ください。

変更・解約届

年 月 日

MOCAL株式会社 御中

FAX:03-6272-4495

MAIL:mocal-press@mocal.co.jp

住所

医院名

氏名



(連絡担当者: 電話番号:)

下記事項について変更が生じたので、本書面をもって貴社に通知します。

記

変更項目 (該当項目を チェック)	<input type="checkbox"/> 医院名 (商号)	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 電話番号
	<input type="checkbox"/> クレジットカード	<input type="checkbox"/> 振替口座	<input type="checkbox"/> 解約
	変 更 前		変 更 後
医院名 (商号)			フリガナ:
氏名			フリガナ:
住所	〒 -		〒 -
電話番号			
<p>※医院名・氏名ご変更のお客様で口座振替でのお支払がある場合は、お引落し口座内容のご変更につきまして以下のどちらかに○をご記入下さい。</p> <p style="text-align: center;">なし ・ あり (ありの場合、下記へご記入ください)</p>			
<p>変更後お支払い方法 ご希望のお支払い方法に○をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">クレジットカード決済 ・ 銀行振替</p> <p>※銀行振替ご希望のお客様は後日変更の書類をお送りいたします。</p> <p>※カード決済ご希望のお客様はEメールにて登録用のURLをお送りいたしますので、カード情報のご入力をお願いいたします。</p>			
<p>*その他 ※何かございましたら、ご記入ください。</p>			

-----MOCAL使用欄-----

【顧客番号】

備考

総務	
担当	処理日

出版部門	
担当	処理日