ＦＡＸ：03-6891-9599
ＴＥＬ：03-6891-9600
PPSA-JC2019　第 35 回環太平洋外科系学会ツアー受付事務局
担当：菊地、宮崎

記入日：　　年　　月　　日

# クレジットカード　支払い依頼書

下記必要事項をご記入の上、ご郵送またはＦＡＸにてお送りください。
■ FAX の場合、送信後担当者まで着信確認のお電話をお願いいたします。
　FAX 番号の押し間違えのないよう、くれぐれもご注意ください。
■ カードお支払い完了後、明細書をご郵送させていただきます。
■ このフォームは、今回、下記に記入いただいたご利用金額の精算にのみ使用いたします。
　ご精算後、この情報は粉砕処理いたします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 参加者氏名 | | 電話番号 | □自宅　□携帯　□その他<br>TEL　（　　）　　－ |
| カード名義人 | 漢字： | ローマ字：（カードに表記されているNAME） | |
| カード種類 | □近畿日本ツーリストカード　□VISA　□JCB　□ニコス　□UFＪ　□アメックス<br>□マスター　□DC　□ダイナース<br>□その他（　　）⇒利用可能なカードについてはお問い合わせください。 | | |
| カード番号<br>16 桁又は<br>15 桁 | | | |
| 有効期限 | 月 Month／　　年 Year<br>カードに表記されている通りにご記載ください | セキュリティーコード<br>カード裏面記載の３桁又は４桁番号 | |
| ご署名 | カード名義人のご本人様が<br>カードと同書体でご署名ください | ご連絡先 | ご参加者とカード名義人が異なる場合のみ、<br>カード明細書のご送付先住所をご記入ください<br>〒　　－<br>TEL（　　）　　－ |

| ご利用金額 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 支払い回数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | □1 回払いのみとなります |

（ご注意）今回のご旅行代金のご精算にあたっては１回払いのみのお取り扱いとさせていただきます。

## ■セキュリティーコード（ＣＶＶ２コード）の位置

スキミングなどの偽造カードによる被害を防ぐ方法として「セキュリティーコード（CVV２コード）」を確認させていただいております。お客様のご理解、ご協力をお願いいたします。

| ＶＩＳＡ、Ｍａｓｔｅｒ、ＪＣＢカードなど<br>カード裏面の署名欄にある３桁の番号 | アメリカンエキスプレスカード<br>カード表面の右中にある４桁の番号 |
|---|---|
| | |