



クレジットカード支払い申込書

必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送でご返送ください。

<ご注意>

カードの名義は、既利用者(第1メールボックス利用者)のものに限らせていただきます。

ID番号	coa	年	月	日
------	-----	---	---	---

申込者	フリガナ					
	ローマ字					
	※カードの名義は、既利用者(第1メールボックス利用者)のものに限らせていただきます。					
	生年月日	T・S・H	年	月	日	性別

住所 電話	フリガナ				
	どちらかに○ 1.自宅住所 2.勤務先住所				
	〒				
		TEL	()	
勤務先名 (学校名)	フリガナ				
		TEL	()	
連絡欄					

クレジットカード種別	VISA / MASTER / JCB / DC / AMEX / UC / OC
カードNO.	
有効期限	
カード名義人	

返送先・お問い合わせ

株式会社コアラ

<http://www.coara.or.jp>

〒810-0001福岡市中央区天神1-4-1西日本新聞会館15F

FAX (092) 714-3806

TEL(092)726-2805 <http://www.coara.or.jp>