

UCコーポレートカード(会社主債務型)ショッピングご利用可能枠変更依頼書兼FAX送信票

株式会社クレディセゾン 御中

FAX : 03-5983-3206

(FAX 送信の際、「0」(ゼロ)発信が必要な機器をお使いの場合は、0 発信となっているか
今一度ご確認のうえ、お送りくださいますようお願いいたします。)

TEL : 03-6688-7674 (おかけ間違いにご注意ください。FAX 番号と局番が相違しています)

■下記のとおり、UCコーポレートカード使用者のショッピングご利用可能枠変更を依頼いたします。

お申込日	年 月 日		
法人コード	1 1 1 0	0 0 0	
会社名			
管理責任者	所属部課 ・ 役 職	氏 名	印
連絡先 電話番号	()	手続完了 連絡	<input type="checkbox"/> 不要 ・ <input type="checkbox"/> 要 ※16時までにお申込みいただいた 場合は原則、当日中に対応さ せていただきます。
連絡先 ご担当者名			

カード番号		-		-		-	* * *
フリガナ							
カード使用者名							
現在の ショッピング ご利用可能枠		万円	→	ご希望の ショッピング ご利用可能枠		万円	
変更内容	<input type="checkbox"/> 1. 恒常変更						
	<input type="checkbox"/> 2. 一時変更	利用期間		年 月 日 ~		年 月 日	
変更目的	※必ずご記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 出張(<input type="checkbox"/> 国内 ・ <input type="checkbox"/> 海外:行先) ・ <input type="checkbox"/> 昇格 ・ <input type="checkbox"/> その他()						

※審査によりご希望に添えない場合もございますので、あらかじめご了承ください。
※ご提出いただいた依頼書(原本またはコピー)はご返却できません。

本依頼書を郵送される場合は下記送付先までお願いします。
〒165-8555 東京都中野区江原町1丁目13番22号 ユビキタス 株式会社クレディセゾン UCコーポレート担当

_____ クレディセゾン使用欄 _____

CS担当部・社 () 担当 ()

検印	担当印	事由等
----	-----	-----

法人カードセンター

事由等

確認印	完了 連絡	時間	検印	検印	検印	精査印	担当印
-----	----------	----	----	----	----	-----	-----

様へ