



クレジットカード寄付申込書（一括払い）



お申込日		年 月 日													
お申込者	お名前	フリガナ										お電話番号			
	ご住所	〒													
ご寄付金額		下記のいずれかに☑をつけるか、任意の金額をご記入ください。 私は、ケア・インターナショナル ジャパンの活動を支援します。 ☐4,000円      ☐6,000円      ☐8,000円 ☐10,000円      ☐20,000円      ☐その他_____円													
領収書		☐要      ☐不要													
クレジットカードの種類		☐VISA      ☐アメリカン・エクスプレス      ☐JCB ☐DC      ☐MASTER													
カード番号															
有効期限		月 (Month) / 年 (Year)													
カード会員名 (上記お申込者名と同一名義のカードに限ります。)															

切り取り線

**記入漏れ、記入間違いがあると、お支払いの手続きができません。ご記入いただいた内容を、今一度お確かめください。**

上記申込書の送り先

FAXでお送りいただく場合：**FAX番号:03-5950-1375（切り取り線で切り取らずに、このまま送信してください。）**

郵送でお送りいただく場合：〒171-0032 東京都豊島区雑司が谷 2-3-2  
財団法人ケア・インターナショナル ジャパン 募金担当宛

クレジットカードによるご寄付について

- お引き落としは、通常、お申し込み日の翌月または翌々月となりますが、カード会社によって異なりますので、詳しくはカードご利用明細書などをご確認ください。（各クレジットカード会社から送られるカードご利用代金明細書の「ご利用店舗名」の欄には、「ケア・インターナショナル支援金」と記載されます。）
- ご寄付の受領日は、お支払いいただいた金額が各クレジットカード会社よりケア・インターナショナルジャパンの口座に入金された日となります。領収書は、入金確認後にお送りいたしますので、お申込み受付日から領収書発行まで2-4ヶ月かかる場合があります。あらかじめご了承ください。
- VISA、MASTER、DC カードによるお支払いについては、お申し込み後のお取り消しができません。口数などをご確認のうえ、お手続きいただきますようお願いいたします。

<b>&lt;お問い合わせ先&gt;</b>	ご寄付に関するお問い合わせは、以下までお願いいたします。 財団法人 ケア・インターナショナル ジャパン 募金担当 TEL : 03-5950-1335 FAX:03-5950-1375 E-mail : <a href="mailto:bokin@careintjp.org">bokin@careintjp.org</a>
------------------------	--