

# Sayaka Kawase

1657 Colby Ave. Suite 2, Los Angeles, CA 90025

Tel & Fax 1-(310) 445-5616

## お申し込み書

河瀬さやかサイコセラピークリニックによろこそ。サービスをご購入する際、下記のインフォメーションとクライアント様の署名が必要になります。全てご記入されましたら、郵送またはF a xでお送りください。

お名前 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

性別  男  女

生年月日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 西暦 \_\_\_\_\_ 年

ご住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

Eメール \_\_\_\_\_

ご購入希望のサービス \_\_\_\_\_

お支払い金額 \_\_\_\_\_ ドル

クレジットカードの種類

VISA  Master  American Express  Discover

クレジットカード番号： \_\_\_\_\_

使用期限： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 西暦 \_\_\_\_\_ 年

河瀬さやかサイコセラピークリニックのサービスを購入するにあたり、上記の情報を提供します。下記の署名において、これらの情報に偽りがないことを証明します。加えて、河瀬さやかが決済を目的とした個人情報の使用と、クレジットカードの決済プロセスを行うことを許可します。

The signature here shows that I provide my personal information to Sayaka Kawase in order for me to purchase her services. With this signature, I prove that information presented above is accurate and authorize Sayaka Kawase to use my personal information to process our business interactions.

署名

名前

日付