

医科・クリニック様向け **Ci Pay Light 加盟店申請書** (兼 店舗追加申込書)

株式会社SCOグループ
株式会社歯愛メディカル

御中
御中

株式会社SCOグループ
SCO GROUP

お申込日 西暦20 年 月 日

法人申込の場合は赤枠内すべて

個人申込の場合は青枠内すべて

1 お申込者

法人 個人

▼全項目記入必須です。

法人情報	フリガナ																(30文字まで)
	法人名 (20文字まで)																
	法人番号																
	フリガナ																
法人代表者	所在地	〒 ー 市 区 町 丁目 番 号															
	TEL	()															
	フリガナ																
	代表者名 (自署)																
お申込代表者	性別	○ 男 ○ 女		生年月日	西暦		年		月		日						
	フリガナ																
	ご自宅 住 所	〒 ー 市 区 町 丁目 番 号															
	TEL	()															

お申込代表者	フリガナ															
	代表者名 (自署)															
	性別	○ 男 ○ 女		生年月日	西暦		年		月		日					
	フリガナ															
担当者	フリガナ															
	担当者名 (自署)															
	TEL	()														
	フリガナ															

2 設置医院情報

フリガナ															
医院名 (20文字まで)															
英語表記															
フリガナ															
医院 所在地	〒 ー 市 区 町 丁目 番 号														
TEL	()														
年商	万円		医院数	店		医院オープン年月	西暦		年		月				

ボックスにチェックを入れてください。

- ☒ **右記に同意する** サービス・端末資料を確認し、内容に同意の上申し込みます。
- ☒ **右記に同意する** 当方は別紙記載の個人情報の取り扱いに関する条項に同意の上、加盟を申し込みます。直近5年間で特定商取引法で行政処分、または消費者契約法違反による敗訴判決を受けておりません。
- ☒ **右記に同意する** クレジットカード決済の取り扱いに関して、以下の商品・役務等はありません。特定継続的役務に該当する美容医療契約(1月超かつ総額が5万円超の役務)

3 お振込金額・設置までのご連絡

お振込金額は「Pay Light Box」でのご確認となります。毎月のお振込金額の照会や、ご契約内容の確認等が可能なサービスです。明細データを印刷することも可能です。※郵送でのお振込金額のご案内はありません。

メールアドレス

※「Pay Light Box」へのログインパスワードは上記アドレス宛に後日SCOグループよりご案内いたします。初回ログイン時に変更手続きをお願いいたします。

4 売上代金のお振替口座

▼訂正する場合は、訂正箇所にお申込印をご捺印の上、お書き直してください。(修正液不可)

お申込契約者(個人申込の場合はお申込者代表者)の口座をご指定ください。お申込契約者と異なる名義の口座は指定できません。

銀行 信金 信組 労金 農協 漁協	○ 普通	銀行コード					支店コード				
支 店 本 店 出張所 支 所	○ 当座	口座番号									

▼口座名義は通帳に記載の「フリガナ」30文字以内でご記入ください。(31文字目以降は記入不要、濁点等も1文字) ▲口座番号は右詰めでご記入ください。

口座名義
カナ

5 接続方法

端末の接続方法をご選択ください。

① 有線接続

② 無線接続

▶インターネット有線接続を推奨しています。無線接続の場合、電波状況の保証はできません。また、電話回線への接続はできません。

6 お申込み希望端末機種

ご希望の端末機種をお選びください。

事前に必ず別紙「キャッシュレス端末機のご案内」をご確認の上、お選びください。

① JT-C60(steria terminal)
※無償提供には一部条件がございます。
(クレジットカード・電子マネー・QRコード決済利用可能)

② UA-P10NA(クレジットカードのみ利用可能)

③ A920(クレジットカードのみ利用可能)

7 クレジットカード決済導入状況

① 導入済み

② 未導入

新規でクレジットカード決済を導入される方はこちら

申請に必要な書類

最後に必ずご確認ください

☒ 加盟店申請書(本紙)

☒ 本人確認書類※

運転免許証写し

住民票写し(マイナンバーなし)

印鑑証明写し

マイナンバーカード写し(表面のみ)

のいずれか一つで可。

記入した代表者住所と同住所であるかご確認ください。

Ci Pay Light 加盟店申請書 記入例

医療・クリニック様向け

Ci Pay Light 加盟店申請書

(兼 店舗追加申請書)

株式会社SCOグループ

株式会社楽愛メディカル

御中

御中

お申込日

西暦20 26 年 1 月 1 日

1 お申込者

法人

個人

▼全項目記入必須です。

フリガナ

イリヨウホウシニメイライト

「法人番号公表サイト」で検索可能。
13桁の数字となります。

(30文字まで)

法人名

医療法人ペイライト

法人番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

フリガナ

イシカワケン ノミシ フクシママチ

所在地

石川 能美 福島町に152番地

TEL

0761 (50) 0113

フリガナ

ペイライト タロウ

代表者名 (自署)

ペイライト 太郎

性別

男 女

生年月日

西暦 1990 年 11 月 11 日

フリガナ

イシカワケン ハクサンシ アサヒカオカ

ご自宅住所

石川 白山 旭丘2-6

TEL

080 (1111) 2222

フリガナ

ペイライト タロウ

代表者名 (自署)

ペイライト 太郎

性別

男 女

生年月日

西暦 1990 年 11 月 11 日

フリガナ

イシカワケン ハクサンシ アサヒカオカ

ご自宅住所

石川 白山 旭丘2-6

TEL

080 (1111) 2222

フリガナ

ペイライト ハナコ

担当名 (自署)

ペイライト 花子

TEL

0761 (50) 0113

2 設置医院情報

フリガナ

ペイライトシカイイン

医院名 (20文字まで)

ペイライト 歯科医院

英語表記

Pay Light Dental Clinic

営業時間

09:00~18:00

フリガナ

イシカワケン ノミシ フクシママチ

医院所在地

石川 能美 福島町に152番地

TEL

0761 (50) 0113

年商

3,000 万円

医院数

1 店

医院オープン年月

西暦 2025 年 1 月

3 お振込金額・設置までのご連絡

お振込金額は「Pay Light Box」でご確認となります。毎月のお振込金額の照会や、ご契約内容の確認等が可能なサービスです。
明細データを印刷することも可能です。※郵送でのお振込金額のご案内はありません。

メールアドレス

cipaylight@yahoo.co.jp

※「Pay Light Box」へのログインパスワードは上記アドレス宛に後日SCOグループより案内いたします。初回ログイン時に変更手続きをお願いいたします。

4 売上代金のお振替口座

お申込契約者 (個人申込の場合はお申込者代表者) の口座をご指定ください。お申込契約者と異なる名義の口座は指定できません。

ペイライト

ライト

銀行

普通

当座

支店

支所

銀行コード

1 2 3 4 1 2 3

支店コード

1 2 3 4 5 6 7

口座番号

1 2 3 4 5 6 7

▼口座名義は通帳に記載の「フリガナ」30文字以内で記入ください。(31文字目以降は記入不要、空白も1文字) ▲口座番号は右詰めでご記入ください。

フリガナ

イリヨウホウシニメイライト

フリガナ

リシ チョウ ホ イライトタロウ

5 接続方法

端末の接続方法をご選択ください。

① 有線接続

インターネット有線接続を推奨しています。無線接続の場合、電波状況の保証はできません。また、電話回線への接続はできません。

② 無線接続

6 お申込み希望端末機種

ご希望の端末機種をお選びください。

事前に必ず別紙「キャッシュレス端末機のご案内」をご確認の上、お選びください。

① JT-C60 (stera terminal)

※無償提供には一部条件がございます。(クレジットカード・電子マネー・QRコード決済利用可能)

② UA-P10NA (クレジットカードのみ利用可能)

③ A920 (クレジットカードのみ利用可能)

7 クレジットカード決済導入状況

① 導入済み

新規でクレジットカード決済を導入される方はこちら

② 未導入

申請に必要な書類

最後に必ずご確認ください

✓ 加盟店申請書 (本紙)

✓ 本人確認書類 ※

運転免許証写し

住民票写し (マイナンバーなし)

印鑑証明写し

マイナンバーカード写し (表面のみ)

のいずれか一つで可。

記入した代表者住所と向住所であるかご確認ください。

お申込書をご記入いただいたお日にちをご記入ください。

お申込～設置までのご連絡
や、WEB明細、各種お知らせ
などを受け取るメールアドレス
です。
医院・個人どちらのアドレ
スでも構いません。

口座名義が法人名又は
代表者名であるかどうか
ご確認ください。

②無線接続をお選びいただく場合は、設置日当日に設置業者へ必ず「無線接続希望」と直接お伝えください

ご希望の端末機種番号に
○を付けてください。