

必ず最新版をご使用ください。
Please use the latest version.



**クレジットリミット変更請求書
REQUEST
for
Modification of Credit Limit**

| |
|------------------|
| 最長決済期間 日 |
| Effective Period |
| From |
| To |

保険契約者または被保険者
Policyholder and/or Insured

契約番号 Policy Number

送付先 To be addressed to :

コファスジャパン信用保険会社/COFACE JAPAN
Toranomom Kotohira Tower 17F
1-2-8 Toranomom, Minato-ku, Tokyo 105-0001
〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-2-8 虎ノ門琴平タワー17F
Tel. (03)5521-2180 Fax (03)5521-2189

| | | | |
|------------------------|---|---|---|
| 請求日 Date of Request | Y | M | D |
| | | | |

取引先 Buyer

| | | |
|--|--|---|
| フリガナ 取引先名 / Name : | | 取引先番号 Buyer's Number : (If you know it) |
| フリガナ 所在地 / Address : | | |
| フリガナ 登記住所 / Registered Address (上記と異なる場合 / If different) | | 395/ |
| Tel : | | 貴社の取引先照会番号 Buyer's Reference in your information system : |
| Fax : | | |

取引予想 Information about planned transactions

| | | | |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 承認済クレジットリミットの額 Current Credit Limit | | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | YEN |
| クレジットリミット設定希望額 - New Amount Requested : | | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | YEN |
| または / or | | | |
| クレジットリミットの取消 - Request of cancellation : | <input type="checkbox"/> | はい Yes | <input type="checkbox"/> |
| | | | いいえ No |
| 備考 Observation : | | | |

以下についてご記入をお願いします。PLEASE SPECIFY HERE :

- 担当者名 / the name of the person concerned with this customer :

- 電話番号 / your telephone number :

- ファックス番号 / your fax number :

請求者の署名 / Applicant's signature