

緊急連絡先解約申込書

1. 申込者

フリガナ氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -				
電話番号	自宅：		携帯電話：		
E-MAIL					
登録番号					
既に当機構の別サービスを利用中の場合はチェックをお願いします。☞ <input type="checkbox"/> 見守りコールサービス <input type="checkbox"/> その他 ()					
解約理由	<input type="checkbox"/> サービスが不要になった				
	<input type="checkbox"/> サービス内容に不満がある				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

以上

本人署名欄	上記の通り、解約を申し込みます。				
	申込日	西暦	年	月	日
	申込者署名 _____ ㊟				

【お申し込み先】 FAX☞ 03-6868-7085 E-MAIL☞ info@komasapo.com