

見守りコールサービス解約申込書

1. 申込者

フリガナ氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
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"/> 全国緊急連絡先受付サービス <input type="checkbox"/> その他（ ）					

2. 申込内容

解約希望日	西暦 年 月 末日 ※申込日の前日の属する月の翌月末日以降をご指定下さい。				
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（ ）				
返金がある場合、以下に振込を希望する口座をご記入下さい。 ※振込手数料は申込者の負担とさせていただきます。					
振込口座	金融機関名				
	支店名				
	口座種別・番号				
	口座名義				

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