

# 解約通知書

年 月 日

東京都新宿区新宿5-11-30 新宿第五葉山ビル6F  
医療法人社団美昇会 事務局 御中

住所

通知人

印

通知人は、貴社との間で、下記の契約を締結しましたが、本契約を解約します。

記

契約締結日 年 月 日

販売会社名

商品名

契約金額 円

以上

銀行・信用金庫		本店・支店
信用組合・農協		出張所
普通・当座	口座番号	口座名義人(カナ)

※現金・カードでお支払い済みの方に限り、ご記入ください。(ご本人様名義のみ)