

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 アルファクリニック 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)