

講座受講料返金依頼書

公益財団法人 明治安田こころの健康財団 御中

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 TEL

E-mail _____

下記指定口座への返金をお願いいたします。

記

	講 座 名	開 催 日
①		
②		
③		

<返金口座>

銀行等	銀行		農協		支店	
	預金の種類 (○印)	普通 当座 その他	口座番号 (右詰め)	信金	労金	出張所
ゆう ちょ 銀行	金融機関コード	通帳記号		通帳番号 (左詰め)		
	9 9 0 0	1	0			
フリガナ						
口座名義人						

以上

注1) 振込口座は必ず受講者ご本人の名義にしてください。

注2) 本依頼書は必ず郵便にて送付願います。

注3) 本依頼書が到着して1週間以内に送金いたします。キャンセルの場合は、1講座につき事務手数料1,000円を差し引かせていただきますので、ご了承ください。

〒171-0033 東京都豊島区高田3-19-10

公益財団法人 明治安田こころの健康財団

TEL 03-3986-7021

* ご提供いただいた個人情報は受講料返金業務以外には使用いたしません。