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

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 信金 信組	農協 労金 中金	支店 出張所														
	預金の種類 （○印）	普通預金 当座預金	口座番号 （右詰め）														
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様名義の口座をご記入ください。
注２）本依頼書を、E-mail 添付、FAX または郵送にてお送り願います。
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／FAX:03-3590-7705
E-mail：moushikomi@my-kokoro.jp

＊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。