

# データ伝送取消依頼書（総振・給振用）

（データ取消時、ファクシミリで送信してください）

年 月 日

株式会社 大光銀行 事務集中G 御中

FAX 0258-36-3659

TEL 0258-36-4831

おとこ

ご依頼人 ) おなまえ

印

ご連絡先

ご担当者名

私（当社）が、データ伝送で送信した下記のデータについて、取消を依頼いたします。

記

お客様名	様										
データ種類	総振 ・ 給振 ・ 賞与		依頼人コード		0	0	0	0			
代表口座種別	普通・当座	代表口座番号							お取扱店名		
									支店		
データ伝送日	年 月 日		( 曜日 )		時 分		頃				
振込指定日	年 月 日		( 曜日 )		取引のサイクル番号						
件 数				件							
振込金額										円	
取消事由	振込指定日相違 ・ 金額相違 ・ 仕向銀行相違 ・ その他										
※対象項目に ○印を囲んで ください	[ 詳細事由 記入欄 ]										

※ データ取消は、TEL「0258-36-4831」へご連絡願います。

※ 本票はコピー、またはホームページから印刷してご利用ください。

----- 以上 -----

電 話	確認時間	先方ご担当者	検 印	確認者

オペレーション		集中G確認印	
検 印	担 当	検 印	担 当