

# 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 事務サポート部 御中

FAX 0258-34-5561

TEL 0258-36-9836

おところ

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「0258-36-9836」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