

データ伝送取消依頼書(口座振替用)

年 月 日

株式会社大光銀行 事務集中G 御中

FAX 0258-36-3659

TEL 0258-36-4113

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(口座振替データ)で依頼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	口座振替		依頼人コード				0000							
振替日	年		月		日		(曜日)							
件数												件	お取扱店名	
金額												円	支店	
取消事由	振替指定日相違 ・ 金額相違 ・ 口座振替先情報相違 ・ 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「0258-36-4113」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

(事務集中G処理欄)

電話 確認	確認時間	月	日	時	分	検印	確認者印
	確認ご担当者名						