



ロヴェスト神戸スクール退会連絡申請書

太枠内の必要事項をすべてご記入ください。

保護者の署名・捺印が必要です。

退会申込日	20 年 月 日		
退会日	20 年 月 末日		
部員氏名	(フリガナ)		
学年	小学 ・ 中学 年生		
保護者氏名		続柄	
保護者連絡先			
E-mail アドレス			
住所			

- ・ ゆうちょ銀行の自動引き落としを停止いたしますので、必ずこの申請書をご提出下さい。
- ・ 退会の受付は、自動引き落としの処理上毎月 15 日までを期限といたします。
- ・ この個人情報、第 3 者に提示または開示いたしません。

FAX 送信番号 : 078-219-4530

保護者氏名 :



ロヴェスト記入欄

会費確認	退会確認印	引落とし停止確認
20 年 月分 あり・なし		