返金依頼申込用紙

受講校	校	氏名	
各種講座	該当する講座名のご記入をお願い致します。		
各種講座以外の申込	該当する項目にレ点チェックをお願い致します。 □ 教育分析　□ 2人de傾聴 □ 心理カウンセリング　□ 1人de傾聴 □ プレミアチケットA or B　□ その他（　　） □ 質問講座		
各種講座の返金をご希望される方は記入をお願い致します。	年　月　曜日クラス		
個人予約の返金をご希望される方は記入をお願い致します。	年　月　日　担当講師:		
入金日・金額	年　月　日付　円		
返金依頼金額	円		
理由			

返金先口座名（口座名義人は申請者本人に限ります）※ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞでのお支払いは原則ｸﾚｼﾞｯﾄ会社を通して返金いたします

金融機関名		支店名	（店番　：　）
口座種類	普通（総合）　・　当座	口座番号	

日本総合カウンセリング使用欄

受付日	処理日
／	／

上記口座は申込者本人のものに相違ありません。

申込日付　年　月　日

住　所

電話番号　ID

氏　名　㊞

FAX 06-6532-5040

連絡先TEL 06-6532-5030