# 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。

退会申し込み日：　　年　　月　　日　　FAX 送信番号：078-219-4530

| | | | |
|---|---|---|---|
| 部員氏名 | （フリガナ） | | |
| | | | |
| 学年 | | | |
| 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しますので、必ずこの申請書を提出下さい。

・退会の受付は、自動引き落としの処理上毎月 15 日までとします。

保護者氏名：　　㊞

---

| 会費返金 | 退会確認印 | 引落し停止確認 |
|---|---|---|
| 20　年　月分 あり・なし | | |

ロヴェスト記入欄