

(株)メディックプランニングオフィス 宛

【FAX:0120-035466】

Will-Life 脱退届

ご記入日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

私は、_____ 年 ____ 月末日限りで、「Will-Life」を脱退いたします。

会員番号	R						
加入者兼 扶養者氏名							印
*フルネーム自署の場合、押印不要							

※脱退返戻金のお振込口座 ※①または②のどちらかをお選びご記入ください。

①	銀行・労働金庫	本店	預金種目	口座番号 (右づめ)		
	信用金庫・信用組合	支店	普通 1			
	農 協	出張所	当座 2			
② 郵便局	通帳記号 (右づめ)	通帳番号 (右づめ)				
	_____ の	_____				
(フリガナ)	*必ずフリガナのご記入をお願いします					
口座名義人						
本紙の内容に関する お問い合わせ電話番号	(携帯・自宅・職場) — — (内線)					

※本紙を同封の返信用封筒にて郵送、またはFAXで下記までお送りください。

(株)メディックプランニングオフィス 「Will-Life」事務局
〒104-0033 東京都中央区新川 2-22-6 SJIビル 2F
TEL:0120-338344 FAX:0120-035466