年　　月　　日

「売掛金回収サービス」
「介護利用料自動集金サービス」

ご契約者変更届出書

スルガビジネスソリューション㈱宛

ご依頼先名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

9							11					16		18								26	
21	ご依頼者番号 ご契約者番号	0	0	1	5	0																1	2

＊変更箇所に○印をつけてください。
↓

	28
	ご預金者欄(お引落口座)

	58(カナ) 88(漢字)
	ご契約者欄

	128
	お引落口座

	143
	振替日

		145 開始日					153 終了日				
	振替開始日または振替終了日 （期間をご記入ください）	西暦		年	月	日	西暦		年	月	日

＊注） 引落口座の変更には
別途預金口座振替依頼書の提出が必要です。