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」

ご契約者削除届出書

スルガビジネスソリューション(株)宛

ご依頼先名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

1 21	ご依頼者番号 ご契約者番号	3		10	18 1 9

ご預金者名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	

ご契約者名	

振替日	13	28

＊削除される場合は解約処理済であることが必須条件です。