

データ伝送サービス取消依頼書

年 月 日

(あて先)

株式会社 大垣共立銀行

住 所

氏 名

印

貴社に依頼した下記送信済データを、すべて取消していただくようお願いします。
なお、この取消依頼前に生じた損害についてはすべて当方の責によるものとし、損害金等が発生した場合は、貴社の請求に基づき支払います。
また、既に貴社が当方の依頼に基づき取引を取組済の場合は、取消できなくても了解致します。

記

送 信 日	年 月 日
デ ー タ 内 容	給与振込 ・ 賞与振込 ・ 総合振込 口座振替請求 ・ 地方税納入
指 定 日	年 月 日
合 計 件 数	
合 計 金 額	
取 消 事 由	

(ご注意)

取引店へ電話連絡していただいた後に、この依頼書をファクシミリ送信してください。

[銀行使用欄]

取引店

検 印	完了確認

電算センター

取消日	年 月 日	検 印	操 作	受 付
時 刻	:			

FAX

FAX

上記内容のデータ伝送サービスは取消が完了しました。
手数料は 計上済 ・ 未計上 です。

(店番・店名)			
検 印	内容確認印	照 合	受 付

電算センターに取消の可否を確認したうえで本依頼書をFAXする。

架電相手	時 刻
	: