

# 退会依頼書

株式会社 ナルコム行

FAX : 047-364-7657

当書類は、FAX または郵送にてお受け致しております。退会の申請は退会希望月の前月 20 日弊社受領分までとさせていただきます。21 日以降の退会申請につきましては翌月扱いとさせていただきます。月額使用料は 20 日を過ぎた時点で翌月分全額お支払い頂くものとします。日割り計算等は一切致しませんのでご了承下さい。

※20 日が弊社休業日の場合は前営業日とし、郵送の場合は、弊社到着日が前月 20 日である必要がございます。

※受付完了後、弊社から FAX にて退会依頼受領のご連絡を致します。連絡がない場合退会は完了しておりませんので、恐れ入りますが弊社までご連絡下さい。

記入日 年 月 日

歯科医院様名			
TEL/FAX	TEL :	FAX :	
メールアドレス			
歯科材料店様名	支店名 :	ご担当者様名 :	

契約 ID			
退会希望日	<input type="checkbox"/> 来月より	<input type="checkbox"/> 退会希望月 :	年 月 日まで ※退会希望月はご利用の最終月をご記入下さい。 ・用紙到着日が土日祝祭日、弊社休業日の場合、解約処理は翌営業日となります。 ・退会の申請は前月 20 日締めとさせていただきます。21 日以降の退会申請につきましては翌月扱いとさせていただきます。 ※20 日が弊社休業日の場合、前営業日とさせていただきます。 ※郵送の場合は、弊社到着日が前月 20 日である必要がございます。
退会理由	<input type="checkbox"/> 使わなかった	<input type="checkbox"/> 使いにくい	<input type="checkbox"/> その他 ( )

## 同意書

- ・ NAVIC のサービスを停止するにあたり退会依頼書に署名致します。
- ・ NAVIC で医院様が登録した画像、文章等を削除することに同意致します。
- ・ 再度サービスに申し込んだ際も以前のデータを戻せないことに同意致します。
- ・ 再度サービスを利用する際は初期費用¥39,800 を支払うことに同意致します。

ご署名 \_\_\_\_\_



※ご署名は、必ず自筆でお願い致します。



〒271-0091 千葉県松戸市本町 11-5 5F  
サポートセンター TEL 047-365-3010 FAX 047-364-7657  
受付時間 9:00~17:00 (土日祝祭日、及び弊社休業日を除く)