

休 会 届

平成 年 月 日
受付担当者名 _____

承認印

エルシエロサッカークラブ殿

私は、このたび都合により貴クラブを休会いたしたくここにお届けいたします。
休会希望月の月謝の金融口座引き落としの停止をお願いいたします。

氏 名	
学 年 : 曜 日	
休 会 日	2018年 月 日から カ月間
連 絡 先	TEL :
理 由	

休会ご希望の期間を過ぎますと、月謝の引き落としが発生致します。
休会の延長、または退会をご希望の場合は、エルシエロ事務局までご連絡ください。
なお、休会期間は年間保険料の 500 円のみを引き落としさせていただきます。
ご不明な点がございましたら、いつでもご連絡ください。