

『抑制機能付銀行ATM自己申告プログラム』解除請求

氏名・郵便番号・送付先住所をご記入いただき、封筒に切手を貼付けの上、弊社資料請求窓口まで送付してください。

弊社より、「抑制機能付銀行ATM自己申告プログラム解除申請書」を郵送いたします。

記入日	西暦 年 月 日
フリガナ	
氏 名	
郵便番号	〒 -
送付先住所	

※解除請求に記載された個人情報については、資料請求に関するお手続き以外には使用いたしません。

【資料請求窓口】

〒102-0071

東京都千代田区富士見2-10-2

株式会社トラストネットワークス

資料請求窓口 宛