



## 定期割引解除届出書

Tranzax株式会社 宛

|            |                              |             |  |
|------------|------------------------------|-------------|--|
| 申込日        | 20      年      月      日      |             |  |
| 商号・屋号または名称 |                              | 届<br>出<br>印 |  |
| 代表者名       |                              |             |  |
| お取引先企業名    |                              |             |  |
| 定期割引解除月    | 20      年      月      締分より適用 |             |  |

※ 上記、記入等は必須となります。  
ご提出前に、記入漏れ等がない事をご確認ください。

|      |                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注意事項 | <p>1. すでに発生している債権に対しては、適用出来ません。</p> <p>2. 弊社サービスを利用している、複数のお取引先企業との「定期割引の解除」を届出の場合は、<br/>下記カスタマーセンターまでお問合せください。</p> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<お問合せ先：カスタマーセンター>

受付時間：平日9:00～17:00

電話番号（無料）：0120-700-057

携帯電話（有料）：0570-000-334

FAX番号：03-4333-7569

e-mail：customer@tranzax.co.jp

<Tranzax株式会社業務推進部\_備考欄>

|                |    |
|----------------|----|
| Tranzax株式会社使用欄 |    |
| 登録年月日：         |    |
| 検印             | 係印 |
|                |    |

(2019.4\_定期割引解除届出書)