

休 会 届

ビジョンサロン
TEL：0120-3636-21
FAX：03-6712-6760
(火・水曜日 定休日)

私は、理由 _____ により

休会を致しますので、届けを提出いたします。

会員 ID	
お名前	
ご住所	〒 _____
ご連絡先	_____
休会期間	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

再開予定年月 _____ 年 _____ 月

ご予定をご記入ください。

- ・休会はいくらでも再開を前提に承ります。
- ・休会は1ヶ月単位で申請が可能で、最大1年間(12カ月)となります。
- ・休会の際は、ビジョンサロン（以下当サロン）に、各月の10日までに休会届を提出することにより、翌月から休会することができます。
- ・休会費として1,100円（税込/月）お支払いいただきます。
- ・申請いただいた期間が終了しますと、自動的に復帰になりますのでご了承ください。
- ・休会届が提出されていない場合は受講費が発生いたしますのでご了承ください。
- ・会員様が転勤、海外出張、病気・入院・災害等の理由で当サロンを利用できない場合はお問い合わせください。

年 月 日 ご署名 _____

休 会 届

ビジョンサロン
TEL：0120-3636-21
FAX：03-6712-6760
(火・水曜日 定休日)

私は、理由 _____ により

休会を致しますので、届けを提出いたします。

会員 ID	
お名前	
ご住所	〒 _____
ご連絡先	_____
休会期間	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

再開予定年月 _____ 年 _____ 月

ご予定をご記入ください。

- ・休会はいくらでも再開を前提に承ります。
- ・休会は1ヶ月単位で申請が可能で、最大1年間(12カ月)となります。
- ・休会の際は、ビジョンサロン（以下当サロン）に、各月の10日までに休会届を提出することにより、翌月から休会することができます。
- ・休会費として1,100円（税込/月）お支払いいただきます。
- ・申請いただいた期間が終了しますと、自動的に復帰になりますのでご了承ください。
- ・休会届が提出されていない場合は受講費が発生いたしますのでご了承ください。
- ・会員様が転勤、海外出張、病気・入院・災害等の理由で当サロンを利用できない場合はお問い合わせください。

年 月 日 ご署名 _____

会員 NO.	口座処理日	カルテ処理

休 会 届

ビジョンサロン
TEL：0120-3636-21
FAX：03-6712-6760
(火・水曜日 定休日)

私は、理由 _____ により

休会を致しますので、届けを提出いたします。

会員 ID	
お名前	
ご住所	〒 _____
ご連絡先	_____
休会期間	_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

再開予定年月 _____ 年 _____ 月

ご予定をご記入ください。

- ・休会はいくらでも再開を前提に承ります。
- ・休会は1ヶ月単位で申請が可能で、最大1年間(12カ月)となります。
- ・休会の際は、ビジョンサロン（以下当サロン）に、各月の10日までに休会届を提出することにより、翌月から休会することができます。
- ・休会費として1,100円（税込/月）お支払いいただきます。
- ・申請いただいた期間が終了しますと、自動的に復帰になりますのでご了承ください。
- ・休会届が提出されていない場合は受講費が発生いたしますのでご了承ください。
- ・会員様が転勤、海外出張、病気・入院・災害等の理由で当サロンを利用できない場合はお問い合わせください。

年 月 日 ご署名 _____

会員 NO.	口座処理日	カルテ処理