

平成 年 月 日

東京地方税理士協同組合共済会 御中

(FAX 045-243-0550)

(会員先生 共済会 NSS)

下記ご記入・捺印のうえ共済会あてFAX 願います

「報酬口座振替システム」利用申込書

税理士会登録番号								税理士名	(フリガナ)	
0	0								印	
								事務所名		
								住所	(フリガナ)	
									〒	
								Tel ()		
								担当者名		
関与先預金口座引落日								8日・22日	振替日を選択してください。	

- (注) 1. この申込書のご記入にあたってはパンフレット等をご参照ください。
 2. この申込書に基づき、当システムの受託会社日本システム収納株式会社(NSS)から手続きのご案内をいたします。
 3. 本件に関するご照会は、共済会事務局(TEL 045-243-0524)または、NSS(TEL 03-3279-2071 FAX 03-3279-2079)へお願いします。

【個人情報の取扱いについて】

東京地方税理士協同組合共済会は個人情報を業務の維持・管理およびサービスのご提供・ご案内、当共済会業務に関する情報提供、サービスの充実等の目的のために使用します。
 また、当共済会は業務遂行のために、当申込書に記載の個人情報を日本システム収納株式会社に提供します。
 なお、今後、個人情報に変更等が生じた場合にも、上記に準じて取り扱います。

《日本システム収納株式会社への提供目的》

口座振替等による集金代行業務、振込等による送金代行業務、その他の事務代行業務
 上記に関する運営管理、商品・サービスの充実
 日本システム収納株式会社に関する各種商品・サービスのご提供・ご案内
 その他上記 ~ に関連・付随する業務

(共済会使用欄)

上記「報酬口座振替システム」利用申込書を受理しました。

平成 年 月 日

東京地方税理士協同組合共済会

印

受付番号 ()