



チャリティマインド株式会社
カスタマーセンター
TEL.0155-45-4650 FAX.03-6730-9511

下記のとおり
譲渡権利の放棄を
証明します。

証明者情報(必ず証明者ご本人がご記入ください。)

Form for certifier information including fields for name (フリガナ), ID No., and date (証明日).

会員資格失効者情報(必ず証明者ご本人がご記入ください。)

Form for member qualification expiration information including fields for name (フリガナ) and ID No.

失効した会員資格の譲渡権利を放棄し、下記会員に譲ります。

譲渡権利を受ける会員情報(必ず証明者ご本人がご記入ください。)

Form for recipient member information including fields for name (フリガナ), ID No., and a stamp area (印).

注意事項

本書面は会員資格失効者の直近上位ビジネス会員が、会員資格失効日より3ヶ月以内に証明したものを有効とします。

Table with columns: 会社使用欄, 受付日, 処理日, 備考