

新規
変更

支 払 金 口 座 振 替 依 頼 書

令和 年 月 日

昭和病院企業団企業長 殿

依 頼 人

住 所

〒

氏名・法人名

(法人の場合は、法人名
及び代表者職・氏名)

印

電 話 番 号

昭和病院企業団からの支払金については、下記の預金口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀行				
支 店 名	<table><tr><td>店番</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 支店	店番			
店番					
預 金 種 目	当 座 ・ 普 通				
口 座 番 号					
ふ り が な					
口 座 名 義					

* 押印に使用する印鑑は、契約書等の印鑑と同一のものを使用してください。

