

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     | 店番 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 支店        |
| 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。