

修学資金口座振込依頼書

平成 年 月 日

島田市病院事業管理者

住所

氏名

㊟

下記のとおり口座振込されたく依頼します。

金融機関の名称 及び 支店・支所名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所							
預金の種別	普通 ・ 当座							
口座名義人（カナ）	※通帳に記載されているカナ氏名をそのままお書き下さい。 (濁音に注意：ヅ↔ズ)							
口座番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							

※ 口座は、郵便局以外の本人名義のものに限ります。

※ 口座番号のわかる通帳のページ（写し）を添付してください。