

口座振替(新規・変更)依頼書

令和 年 月 日

地方独立行政法人広島市立病院機構理事長 様

〒
住所

商 号

代表者 印

TEL

地方独立行政法人広島市立病院機構から支払われる支払金は、下記金融機関の預金口座に振替えてください。

新

振替先	金融機関名	支店名
口座	預金種別 当座・普通	口座番号
フリガナ		
口座名		

これより下は変更の場合のみ記入してください。

業者コード	
-------	--

変更になった部分のみ記入して下さい。

旧

商号	代表者名			
振替先	金融機関名	支店名		
口座	預金種別 当座・普通	口座番号		
フリガナ				
口座名				

- (注) 1. 印鑑は請求書に使用するものと同じものを押して下さい。
2. 口座番号欄へは、店番等を除き口座番号のみを左につめて記入して下さい。
3. 振替先等を変更するときは、すみやかに届け出て下さい。

経 理 使 用 欄				
本 部	広 島	安 佐	舟 入	総リハ
/	/	/	/	/