

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
	フリガナ	口座番号	
	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
	口座	支店名
	フリガナ	預金種別
口座名	当座・普通	口座番号

- (注) 1. 印鑑は使用印鑑を押して下さい。
 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
/	/	/	/	/