

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

《申請者名記入欄》
変更後の新しいご住所・商
号・代表者名・印鑑・ご連絡
先をご記入ください。

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
/	/	/	/	/