

口座振替申請書

(☐ 新規・☐ 変更)

年 月 日

市立ひらかた病院

枚方市病院事業管理者 殿

私（当社）は、市立ひらかた病院 枚方市病院事業管理者からの支払金を、全て下記の口座への振替により受領したいので、申請します。

(申請者)	登録番号	T
商号または名称		
住所	〒	
フリガナ 代表者氏名	役職名	印
電話番号		
FAX番号		

記

(振込先)		
金融機関名	名称	支店名
*金融機関コード		*支店コード
預金種別	(1. 普通, 2. 当座)	口座番号
口座名義人名 (カタカナ書き)		

* 印欄は記入しないでください。

注1 印鑑は、契約書（請求書）の印と同じもので押印して下さい。

注2 申請内容に変更が生じた場合は、直ちに変更届を提出して下さい。