

平成 年 月 日

口座振替（銀行振込）申込書

西宮市病院事業管理者 様

別紙請求代金は、下記の預金口座に振り込んでください。なお、この口座振替をもって支払いの効力を生じることについて異議ありません。

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 振 込 先 指 定 | 指定銀行名 銀行 信用金庫 支店 | 預金種別 普通 当座 貯蓄 その他 |
| | 口座名義人（フリガナ） | 口座番号 |

申込人（支払請求者）

住 所

法人の場合名称または商号

印

(職) 氏 名

印

- 注 意 (1)この申込書は請求書ごとに作成添付してください。
(2)法人の場合には法人印及び代表者印を、個人の場合は個人印を押印してください。
(3)請求書と同一の印を使用してください。
(4)口座名義のフリガナはカタカナで正しくご記入ください。