

口座振込依頼書 (新規・変更)

平成 年 月 日

大森赤十字病院 御中

住所  
商号  
代表者名  
電話番号

印

1. 貴社より当社に対する支払い代金は、右記銀行口座にお振込み下さい。
2. お振込みに要する手数料は支払代金より差引かれても異議ありません。
3. 貴社が右記口座へ振り込み手続きを完了したときをもって、当社が代金を受領したものとします。
4. 本書の記載事項に変更があった場合は、速やかに連絡をするとともに、改めて当依頼書を提出します。
5. 変更理由 ( )

振込金融機関口座	銀行 店 (店番 ) 口座No.
種 別	当座預金 ・ 普通預金
フリガナ	
口座名義	

(備考) 1. 本書の提出により原則として領収書は発行致しません。ただし、公給領収書の発行を要するものは、当社の責任において発行のうえ送付します。  
2. 貴社の都合により口座振込み以外の方法で支払われても異議はありません。この場合の領収書は当社の責任において発行いたします。