

口座振込依頼書

平成 年 月 日

公益社団法人 石川県看護協会長 様

〒

自宅住所

(源泉徴収票送付先)

氏 名

連絡先Tel

()

所属施設名

公益社団法人石川県看護協会からの支払いについては、下記の口座へ振り込み願います

記

預金口座	フリガナ											
	口座名義	(銀行お届けの肩書き、代表者名をご記入ください)										
	銀行名 支店名	銀行 金庫 組合	支店 支所 出張所	預金種目 (どちらか 一方〇印)	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)							
	コード	銀行番号		店番号		普通 当座						

※ 但し、上記の内容について変更があった場合は、再度届出をお願い致します

ご返送は 月 日()までをお願いいたします

(石川県看護協会使用欄)

事業名		受付印
備考		