

口座振込依頼書

年 月 日

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 御中

住 所

商 号

代表者名

㊞

電話番号

1. 貴社より当社に対する支払代金は、右記銀行口座にお振込み下さい。
2. 貴社が右記口座へ振込み手続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。
3. 本書の記載事項に変更があった場合は速やかに連絡するとともに、改めて当依頼書を提出します。

振込銀行口座	銀行 口座番号	支店 番
フリガナ		
口座名義		
種 別	当座預金 ・ 普通預金	
適格請求書発行事業者登録番号 (登録ある場合のみ)	T	

- (備 考)
1. 本書の提出により原則として領収書は発行いたしません。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上、送付します。
 2. 貴社の都合により口座振込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します。
 3. 振込通知書は必要ありません。