

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

依頼者 ※下記に情報を記載ください

住 所

1. 依頼者に対する支払代金は、右記銀行口座にお振込み下さい。

商 号

代表者名 印

2. 貴院が右記口座へ振込み手続を完了したときをもって、依頼者が代金を受領したものとします。

電話番号

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、依頼者の責任において発行の上、送付します。
 2. 貴院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、依頼者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。
 4. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院からの支払いは原則として請求書受領月から3ヶ月後末日とします。