

# 口座振込依頼書

平成 年 月 日

松江赤十字病院 御中

- 1 貴院から当社に対する支払 住 所  
代金は、右記銀行口座(郵便 社 名  
振替口座)にお振込み下さい。 代表者名

印

- 2 貴院が右記口座へ振込み手 電話番号

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 または 郵 便 振 替 口 座	銀行 店 口座番号
口 座 名 義	
種 別	当座預金・普通預金 郵便振替

- ( 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うえ送付します。
  - 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、当社の責任において発行します。