

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二病院 御中

住所

1. 貴院より当社に支払われる取引代金は右記銀行預金口座にお振込みください。

商号

2. 貴院が右記銀行への振込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いたします。

代表者氏名

印

3. 本書記載事項に変更があった場合は、速やかに通知するとともに、改めて当振込依頼書を提出いたします。

適格請求書番号

4. 本書の提出により領収書は発行いたしません。ただし、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いたします。

電話番号

5. 貴院の都合により、預金口座振り込み以外の方法で支払われても異議ありません。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。

振込銀行名	銀行	支店
ふりがな		
口座名義		
種 別	当座預金	普通預金
口座番号		