

口座振込依頼書

年 月 日

八戸赤十字病院 御中

住 所

商 号

代表者名

印

電話番号

1. 貴院から当社に対する支払代金は、右記口座にお振込みください。

2. 貴院が右記口座への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生じた場合は、速やかに連絡をするとともに改めて当依頼書を提出します。

振込口座

金融機関名

支店名

種 別 普通・当座・その他()

口座番号

フリガナ

口座名義

- (備考) 1. 本書の発行により、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。