

口座振替依頼書  
(新規・変更・廃止)

高松市病院事業からの支払金を、口座振替の方法により受け取る時は、次の金融機関の指定口座に振り替えて下さい。なお、記載内容を変更しない限り、毎年度下記内容のとおり、お支払いください。

平成 年 月 日

(宛先) 高松市病院事業管理者

(依頼人)	*業者(営業所)番号
商号又は名称	
住所 <small>(法人にあっては、所在地)</small>	
代表者(受任者)名	印
電話番号	

(振込先)

振込先金融機関	名称	支店名
*金融機関コード		*店舗コード
預金種別	(1. 普通、2. 当座)	口座番号
口座名義人名 (カタカナ書き)		

(前払金振込先) …工事関係に限る

振込先金融機関	名称	支店名
*金融機関コード		*店舗コード
預金種別	(1. 普通、2. 当座)	口座番号
口座名義人名 (カタカナ書き)		

- 注) ① 変更又は廃止があった場合でも、依頼書の提出が無い場合は、継続とみなします。  
 ② 太わく内のみ記入し、\*欄は記入しないこと。