

令和 年 月 日

口座振込依頼書

地方独立行政法人山梨県立病院機構
理事長 小 俣 政 男 殿

依頼者
住所

氏名

印

電話

私が地方独立行政法人山梨県立病院機構から支払いを受ける旅費については、
下記口座に振り込んでください。

○振込銀行名

○本支店名

○預金種別

○口座番号

(フリガナ)

○振込口座名