

非常勤医師口座振込依頼書

平成 年 月 日

西尾市民病院長 様

非常勤医師の住所_____

非常勤医師の氏名_____ 印

自宅の電話番号_____

診 療 科 名_____

私が西尾市民病院から支給される賃金は、私名義の次の金融機関口座へ振り込んでください。

金融機関名	本店又は支店名 (支店コード)	普通預金口座番号	名義人(本人)氏名
			フリガナ -----

注意事項

- 1 口座番号等を再確認してから提出してください。(誤記による振替不能は、他の非常勤医師等振込にも影響します。) ※ **ゆうちょ銀行不可**
- 2 印は、通帳の印と異なってもよく、認印で結構です。
- 3 口座の名義は、本人の名義でなければ振り込みできません。
- 4 この通帳を変更、廃止等する時は、事前に次へ連絡をしてください。

〒445-8510 西尾市熊味町上泡原 6 番地

西尾市民病院 管理課 職員担当

電話 0563-56-3171 (内線 2238)