

口座振込依頼書

鹿児島市長 殿

令和 年 月 日

申請者 所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

結核患者等検診にかかる委託料について、下記口座に振込を依頼します。

(口座振込先)

金融機関名	種別	口座番号	口座名義
銀行 (金庫)	普通		フリガナ
店	当座		

※通帳の写しを添付してください。(上記内容がわかる箇所)