

# 「業者登録」兼「口座振込依頼書」

年 月 日

成田赤十字病院 御中

1. 貴病院より当社に対する支払代金は、下記銀行口座にお振込み下さい。
2. 貴病院が下記口座へ振込み手続き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あった場合は、速やかに連絡するとともに、改めて当依頼書を提出します。

記

郵便番号 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_  
(ふりがな)

商 号 : \_\_\_\_\_  
(ふりがな)

代表者名 : \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 : \_\_\_\_\_

課税事業者 ・ 免税事業者 ※いずれかに○

適格請求書発行事業者登録番号 : T 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
※課税事業者の場合登録番号を記入

取引残高確認書の送付先(上記と相違がある場合)

郵便番号 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

振込先

(ふりがな)

振込銀行 : \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 店 \_\_\_\_\_  
(銀行コード) ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

口座種別 : \_\_\_\_\_ 普通預金 ・ 当座預金 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

口座番号 : \_\_\_\_\_  
(ふりがな)

口座名義 : \_\_\_\_\_