

平成 年 月 日

振込承諾書（新規・変更）

労働者健康福祉機構 中部労災病院
現金 出納 役 殿

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____ (印)

貴病院から私宛に支給される奨学金は、今後下記の指定銀行・郵便局の預貯金口座へ振り込んでください。前記の方法により振り込みされた貴支払金は、私の預貯金口座に振り込まれたと同時に受領したものと認め、貴振込銀行の振込金領収書をもって私の領収書にかえることを承諾致します。

振込先

銀行	銀行名		預金種別	口座番号	口座名義（フリガナ）
		銀行 信金	支店	普通 当座	
郵便局	記号		番号		口座名義（フリガナ）