【別添様式２】　窓口（相談）ステーション

口座振込依頼届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２０２　年　　　　月　　　日

一般社団法人　大阪府訪問看護ステーション協会　殿

**口　座　振　込　依　頼　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

　　「訪問看護師による自宅療養者への健康観察」事業に係る窓口（相談）ステーション

業務の設置料について、下記口座への振込みを依頼します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | □　銀行　　　□信用金庫   * 信用組合 |
| 支店名 |  | 支　　店 |
| 預金種別 | □普通　　□当座　　□その他（　　　　　　） | | |
| 口座番号 |  | | |
| （フリガナ） |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

お間違え、記入漏れがないようご記入をお願いいたします。