

# 口座登録(新規・変更・廃止)申込書

年 月 日

西宮市病院事業管理者 様

下記のとおり申込みます。

振込先口座への振込をもって、西宮市立中央病院からの支払の効力が生ずることについては異議ありません。

取引先コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※新規登録の場合、コードの記入は不要です。

代表者印または個人印	社印

(契約印・請求印と同じもの)

(西宮市契約課登録業者様は使用印鑑届と同じ印)

(代表者印にて社印を兼ねている場合は代表者印のみ)

## 登録内容

法人名 または屋号 または個人名	フリガナ													
	漢字													
支店名	フリガナ													
	漢字													
代表者 職・氏名	フリガナ													
	漢字													
郵便番号					電話番号	( )	—							
住所														
インボイス 登録番号	T													

## 振込先口座

金融機関名	(金融機関コード ) 銀行 (支店コード ) 支店 信用金庫 出張所 ( )												
預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号 (右づめ)										
口座名義	フリガナ												
	漢字												