

川口市立医療センター
 債権者登録申請書(新規・変更)
 (変更の場合も全て記入してください)

※医療センター専用債権者番号

--

<input type="checkbox"/>	新規
<input type="checkbox"/>	変更

(変更発生日: 年 月 日、変更事項:)

債権者(申請者)

債権者名 (法人名・個人名)			
郵便番号	—		
住所			
代表者職氏名	(職名)	(氏名)	
電話	—	—	

振込先金融機関

振込先金融機関名 支店名			銀行 金庫 農協	支店
	* 銀行コード		* 支店コード	
預金種目	普通・当座	口座番号		
口座名義(漢字)				
口座名義(カナ)				

(あて先)川口市病院事業管理者

医療センターからの支払金は上記口座に振込してください

申請者

住所

商号等

代表者

担当者

取り扱い担当課	
所属長	担当者

処理日	年 月 日
経理係長	処理者