令和　　年　　月　　日

口　座　振　込　依　頼　書

山梨県臨床研修病院等連携協議会長　殿

依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　電話

　私が山梨県臨床研修病院等連携協議会から支払いを受ける旅費については、下記口座に振り込んでください。

○振込銀行名

○本支店名

○預金種別

○口座番号

（フリガナ）

○振込口座名