

口座振替申出書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市健康局長

医療機関コード

施設コード

名称

所在地 〒 —

電話番号

開設者又は

代表者の氏名

予防接種委託料支払いについて（個別接種分）

標記委託料の支払いについては、今後、次の名義の預金口座に口座振替されるように依頼します。

記

振込先銀行	銀行コード					支店コード			
	銀行					支店			
預金種別	普 通					当 座			
フリガナ									
口座名義									
口座番号	No.								

令和6年3月改訂