

## 口座振替申出書

札幌医科大学保健医療学部同窓会  
同窓会長 様

〒  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

電話番号(自宅又は携帯) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

札幌医科大学保健医療学部同窓会から私あてに支払われる交流補助金については、下記により  
口座振替払いしていただきたく、申し出ます。

## 記

振込先金融機関	銀行	支店
フリガナ		
口座名義		
預金種目	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金	
口座番号		

※ 預金種目は、当該事項を○で囲むこと。

※ 本人の口座であること。(氏名に必ずフリガナを付けること。)