

給与口座振込（申出・変更申出）書

（平成 年 月 日 申出）

(各庁の長)		静岡てんかん・神経医療センター院長 殿	
フリガナ			
氏名		印	
生年月日			
〒		-	
住所		電話 ( - - - )	

\* 源泉徴収票が届く住所を記入して下さい。

振込先	金融機関名称	銀行	組合	本店
	金融機関コード	郵便局	支店	出張所
	預金・貯金の種類	普通・当座		
	口座番号 (記号-番号)			
振込開始時期	平成 年 月	給 業 年 度 追	績 末 額	与 当 等
		摘	要	
		取	扱	
		者	認	
		確		

(注) 該当する事項を○で囲むこと。