提 出 日

日本がん治療認定医機構　理事長　殿

氏　名

銀 行 振 込 依 頼 書

貴機構から当方に対する支払は、以下の銀行口座にお振込みください。

銀 行 名:　　銀行　　支店

口座種別: 普通　　口座番号:

ﾌﾘｶﾞﾅ
口座名義人:

必ずご記入ください

※ご提出後に住所変更が生じましたら事務局までお知らせください。12 月 31 日までにご連絡いただけない場合は支払調書の再作成には対応しかねる場合があります。

1. 支払調書に記載する住所をご記入ください。(住民票に登録されている住所)

〒　　※ハイフンは記載せず数字7桁で入力ください

2. 支払調書の送付先をご記入ください。（以下のいずかをご選択ください）

○ (1)　上記1と同じ

○ (2)　勤務先(部署名などもご記載ください)

〒　　※ハイフンは記載せず数字7桁で入力ください

○ (3)　その他

〒　　※ハイフンは記載せず数字7桁で入力ください

3. 適格請求書発行事業者登録番号を取得している場合、番号をご記入ください。

登録番号: T