

記入日 令和 年 月 日

鹿児島県医師協同組合 御中

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

認印可

引去り銀行（口座）届

ペーパーリサイクルサービス（機密文書抹消処理サービス）の代金について
下記の口座より引去り下さるようお願い致します。

記

次の通り引去り口座を指定します。

（引去口座）

※下記3行の指定になります。

鹿児島銀行 ・ 南日本銀行
医師信用組合

支 店

_____ (〇印を付けてください)

〇印を付けてください

口座番号 _____ (普通・当座)

ふりがな

口座名義 _____