

別紙様式4

口座振込願

年 月 日

伊勢赤十字病院長 様

学校名

住 所

氏 名

⑩

伊勢赤十字病院看護学生奨学金貸付規程による貸付金を、下記の銀行口座に振込み下さいますようお願いいたします。

記

銀行名	銀行	支店
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		
種 別	普通預金	