

奨学金振込口座届

伊勢赤十字病院長 様

氏 名 _____ ⑩

住 所 _____

学校名 _____

伊勢赤十字病院看護学生奨学金貸与規程による奨学金を、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

| | |
|--------|------|
| 金融機関名 | 支店名： |
| 口座番号 | |
| (フリガナ) | |
| 口座名義 | |
| 種 別 | 普通預金 |

※1 口座名義は、奨学生本人名義に限ること

2 届け出の際は、通帳の表紙を1枚開いたページのコピーをホチキス止めで添付すること