令和６年　　月　　日

経　費　振　込　依　頼　書

公益社団法人　日本学校歯科医会　御中

郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　名称及び

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

振込依頼額（請求額）　　　　金　200,000　円

　令和６年度生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業に要する上記経費については、下記口座に振込願います。

記

フリガナ

口座名義

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

フリガナ　　　　　　　　　　　　銀　　　　行　　　　　　　　　支　店

金融機関名　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　出張所

　　　　　　　　　　　　　　　　　農業協同組合

（金融機関コード　　　　　　　　　店舗コード　　　　　　　）

預貯金種別　　　　　　　　普通預金　・　当座預金

口座番号

備　　考 （事務担当者所属・氏名

及び連絡先電話番号）：

　　　　　（口　座　登　録　住　所）：

※　口座登録住所については、上記住所と同じ場合は記入不要です。

※　金融機関コード及び店舗コードは、わかりましたらご記入ください。

※　振込依頼額は、単年度分予算の20万円をご記入ください。

※　口座名義等のご記入にあたっては、必ず当該預貯金通帳記載通りにご記入ください。