振込口座届

年　　月　　日

教育支援部長　殿

学籍番号

学生氏名

健康診断補助金は下記口座へお振込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座番号 | 普通 |
|  |  |

預金通帳かキャッシュカードの銀行支店名、口座名義人、口座番号の明記のある箇所のご提出をお願いします。

＊郵送か来室して提出する場合：預金通帳かキャッシュカードのコピーを以下の四角内に張り付けて提出。

＊メールで提出する場合：預金通帳かキャッシュカードを以下の四角内に入れて写真を撮り、添付してメールを医務室に送信。