

口座振替依頼書

年 月 日

宮城県医師育成機構理事長 殿

住 所

氏 名 印

私に支払われる医学生修学資金については、下記口座へ振り込まれるようお願いします。

記

金融機関名	
預金種別 (どちらか一方を ○で囲む)	普 通 ・ 当 座
口座番号	
口座名義人 (貸付者本人とする こと)	(フリガナ)