

【事務局使用欄】

令和 年 月 日

確認者 管財担当課長 印

返金額 円

駐車料金振込依頼書

令和 年 月 日

埼玉県立小児医療センター 病院長

申出者名

〒

住所

患者氏名

患者ID

(— —)

駐車料金を以下の口座に振り込んでください。

1. 利用目的 該当の目的を○で囲んでください。(複数回答可)

入退院 ・ 外 来 ・ 面 会 ・ その他 ()

2. 振込口座 申出者名義の口座を以下に記入してください。

金融機関	銀 行 信用金庫 農 協				本 店 支 店 出張所		
預金種目	1. 普通 2. 当座 (該当の番号に○で囲んでください。)						
口座番号							
フリガナ							
口座名義							

3. 領収書

領収書貼付欄
(複数枚ある場合、
まとめて貼り付けも可能です。)