ＦＡＸ送信書 平成　　　年　　月　　日

　高知リハビリテーション学院　　作業療法学科　行　ＦＡＸ　088-850-2326

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

担当者名：

 臨床見学実習（２年次生）謝礼の振込先確認票

１．銀行振り込み先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ①昨年と同様の場合は、右の空欄に○をご記入下さい。 |  |  　同様 |  |

　　②新規もしくは変更の場合は、以下にご記入下さい。

 　　 （フリガナははっきりとお書き下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  取り扱い金融機関名 |  店・支店・出張所名 |
|  ﾌﾘｶﾞﾅ |  ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |  |
|  預金種目 |  口座番号 |
|  |  |
|  　口座名義 |
|  ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

２．謝礼金送金済み文書発送先（＊必ずどちらか一方に記入して下さい）

　　事務室（　　　　　　　　　宛）　　　作業療法室（　　　　　　　　　宛）

３．謝礼を受け取ることができない場合は、右の空欄に○をご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |