　　　年　　月　　日

熊本駅前看護リハビリテーション学院

経理担当者行

**（FAX　096-212-0712）**

＊FAXにて、ご回答をお願いいたします。

実 習 費 振 込 依 頼 書

◇受託施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ◆実習学科（○印をお付け下さい）  １．理学療法学科　２．作業療法学科　３．言語聴覚療法学科 | | | |
|  |
| 受託施設住所 | 〒　　　　－ |  | | |
| TEL（　　　　　）　　　　－ | | |
| 受託施設名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | |
|  |  | | |
|  | | |
| 担当部署 |  | 担当者 |  | |

（○をお付け下さい）

　１．振込先は次のとおりです　　　　２．振込先は前回と同じです

◇振込先（農協・郵便局以外のお振込み先をご指定ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 | 本支店名 | 本・支店 |
| 預金種目 | 普・当・その他（　　　　　） | 口座番号 | № |
| 名義人 | １．受託者に同じ　２．それ以外 | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |
|  | | |
| 住所 | １．受託者に同じ　２．それ以外 | | |
| 〒　　　－ | | |
| TEL（　　　　　）　　　　－ | | |