様式９

口　座　振　替　依　頼　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　前（法人にあっては，名称及び代表者の氏名）

　広島県から私に支払われる下記１の支払金は，下記２の預金口座へ振替えてください。

１　支払金の内容

|  |
| --- |
| 令和５年度広島県新人看護職員研修事業費補助金 |

２　振替先預金口座

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 支店（所）名 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（注）１　金融機関名，預金種目，口座番号及び口座名義は，預金通帳で確認して記載し

　　　　てください。

　　　２　受領権限を委任された場合には，委任を証明する書類（委任状又は定款等）を

　　　　添付してください。