

(様式第 5 号)

奨学金振込口座届

令和 年 月 日

静岡赤十字病院長 様

学 校 名

住 所

氏 名

Ⓜ

静岡赤十字病院奨学金貸与規程（第 3 条）による奨学金を、下記の金融機関口座に振込み下さいますようお願いいたします。

記

(フリガナ) 銀 行 名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口 座 番 号		
※ (フリガナ) 口 座 名 義		
種 別	普 通 預 金	

※ 1 奨学生本人名義に限る。