

奨学金振込口座届

伊勢赤十字病院長 様

氏 名 _____ ⑩

住 所 _____

学校名 _____

伊勢赤十字病院看護学生奨学金貸与規程による奨学金を、下記の銀行口座に振込み下さいますようお願いいたします。

記

金融機関名	支店名：
口 座 番 号	
(フ リ ガ ナ)	
口 座 名 義	
種 別	普 通 預 金

※1 口座名義は、奨学生本人名義に限ること

2 届け出の際は、通帳の表紙を1枚開いたページのコピーをホチキス止めで添付すること