**振 込 依 頼 書**

年　　月　　日

独立行政法人　国立病院機構

高崎総合医療センター　院長　殿

患者名

治験における負担軽減費等の振込先について下記の２口座を申請いたします。

**№１**

|  |  |
| --- | --- |
| 振込金融機関 | 銀行・信用金庫　 　支店 |
| 預金種別 | 普通 　　当座 |
| 口座番号 |  |
| （カナ）名義人名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 |  |

**№２**

|  |  |
| --- | --- |
| 振込金融機関 | 銀行・信用金庫　 　支店 |
| 預金種別 | 普通 　　当座 |
| 口座番号 |  |
| （カナ）名義人名（№１と別名） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 |  |

企画課で保存

|  |
| --- |
| **受領書**（会計事務員→CRC）年　 月 　日　 様の「振込依頼書」を受領しました。受領者名　 　　　　　　 |

同意説明文書と一緒に保管