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（事業者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者職・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年度看護職員の資質向上支援事業補助金 |

２　振替先預金口座

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

（注）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。