

振込金額収書

平成	年	月	日	
金額				
振込先	福岡銀行 筑紫通支店			
お受取人	九州医師会医学会			
ご依頼人	様			
備考	手数料			

上記のとおり振込金として領収いたしました。

収入印紙
5万円以上
200円

組合
銀行

店

(取扱店→依頼人)

振込通知書

平成	年	月	日	
金額				
振込先	福岡銀行 筑紫通支店			
お受取人	九州医師会医学会			
ご依頼人	おところ			
	おなまえ	様		
備考	(TEL)			

上記のとおりお振込みいたしましたのでご通知申し上げます。

(取扱店)

組合
銀行

店

(取扱店→取まとめ店→受取人)

振込依頼書

電信扱	要手数料
手数料	

平成 年 月 日

振込先	福岡銀行 筑紫通支店		勘定科目	
お受取人	普通	口座番号 1612739	金額	
ご依頼人	おなまえ	キユウシユウイシカイイガクカイ	内 訳	現金
	おところ	九州医師会医学会		当店券枚
	おなまえ			他手1枚
	おところ			他手2枚
備考	(TEL)		備考	

○各票の太線内は必ず振込人が記入して下さい。

振替科目又は現金取扱済印

検印

精査印

記帳印

(取扱店保管)

通 信 欄

九州医師会医学会

参加申込大会名 (該当に○印をして下さい)

ゴルフ・走ろう会・囲 碁
ラグビー・サッカー・テニス
謡 曲・卓 球・剣 道
ソフトボール

所属医師会名 (県・都市医師会名をご記入下さい)

県 医師会

参加申込者氏名

(TEL)