

年 月 日

## 助成金受取口座届出書

氏名又は団体名

住 所

連絡先電話番号

貴財団の助成金を次の銀行口座にお振込みくださいますようお願い申し上げます。

記

銀行名								
支店名								
口座種別	普通 当座 その他 ( )							
口座番号	No.							
(フリガナ) 口座名義								

公益財団法人シオノ健康財団 御中