様式第７号（面分業）

預　金　口　座　振　替　依　頼　書

令和　　年　　月　　日

株式会社　　銀　　行

信用金庫　　御中

所在地

開設者　　㊞

店舗名

私が　鳥取県薬剤師会　に払い込む　面分業会費　を、預金口座振替により支払うこととしたいので、下記により指定預金口座から所定の期日に口座振替して下さい。

記

１．振　替　額　　私が払い込むべき支払請求書記載の金額

２．振　替　日　　１７日　（当日が休日にあたるときは翌営業日とする）

３．指定預金口座

フリガナ			銀行届印
預金者名			
住　　所	〒		
銀 行 名	銀行・信用金庫	支 店 名	
預金種類	普　通　　当　座	口座番号	

４．預金の払出手続きについては、当座勘定取引約定書または預金規定にかかわらず、私が行うべき当座小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（庫）所定の方法で処理されること。

５．指定口座の預金残高が振替日において振替額に満たないときは、私に通知することなく、当月の振替は取り止めていただいても異議はないこと。

６．この預金口座振替契約は、貴行（庫）が必要と認めた場合には、解除されても異議はないこと。

７．この取扱いについて、かりに紛議が生じても貴行(庫)には迷惑をかけないこと。

以　上