

様式第3号(第4条関係)

奨学金振込依頼書

年 月 日

社会医療法人愛宣会
ひたち医療センター
理事長

様

(申請者)

住 所

氏 名

㊞

私の奨学金は、下記銀行口座へ振込み願います。

銀 行 名	銀 行
支 店 名	本店・支店
預 金 科 目	普通預金
口 座 番 号	No.
口 座 名 義 (本 人)	(ふりがな)