

給与等振込口座依頼書

岐阜県総合医療センター院長 様

令和 年 月 日

職員番号

(フリガナ)

氏 名

印

私に支給される給料、諸手当（現金支給額）は 令和 年 月（※）から、私名義の下記口座に振り込みをお願いします。

記

振込指定銀行	銀行	支店
振込指定口座・番号	普通預金 NO.	

提出書類

- 振込指定口座の通帳表紙裏見開きページのコピー

その他

※実際に支給される月を指します。月額職員は採用日が属する月、時間額職員は採用日が属する月の翌月支給となります。ただし、月額職員で月途中採用者は当月分を翌月に、翌月分と合算して支給することがあります（給与の締め日に間に合わないため）。