

[様式 2]

有限会社 西田順天堂薬局 薬剤師育成奨学金振込口座申請書

私に支給される奨学金は下記の銀行口座に振り込まれますよう、申し出ます。	
氏名 ㊞	
学校名	大学 学部 科 学年
現住所	〒 - -
電話	〒 - -
振込先	銀行名 銀行 支店名 支店 普通 / 口座 口座番号 名義 (カタカナ)

※奨学生本人名義の銀行口座を指定して下さい。(郵便局はご遠慮ください。)