

口座振替申出書

札幌市長様

薬局DOTSに係る費用については、下記口座への振込みを依頼いたします。

年 月 日

☒ 債権者	住所
☐ 委任者	法人名
	薬局名
	役職名
	薬局店舗代表者名
	印

振込先金融機関 及び本・支店名	銀行・信組 信金・農協	本店 支店
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他 ()	
口座番号		
口座名義(カナ)		

↓**口座名義が薬局店舗代表者と異なる場合**（本社の代表者等）**に記載**してください。

委任状	
下記の者を代理人と定め、薬局DOTSに係る費用の受領を委任します。	
委任者	上記のとおり ※上記「 ☐ 委任者」に、 ☒ を付けてください。
受任者 (口座名義人)	住所
	法人名
	代表者名
	受任者名
	印

注意事項

- ・押印が、記載した社名、役職名と一致することを必ず確認してください。
- ・債権者は、薬局店舗の代表者（薬局長等）となります。
- ・口座名義が薬局店舗代表者名と異なる場合は、必ず委任状の記入・押印をしてください。