

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター 殿

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田 1-1-7

FAX : 03-5287-2634 E-mail:kaikei@csp.or.jp

(FAX 送信の際は、番号をよくご確認の上お送りください。)

### 研究費振込先の口座情報確認書

当施設は、下記研究について研究費の受入れを以下のとおり申請します。  
研究費は所属施設の規定に則り適切に使用いたします。

研究名 :													
施設名													
責任医師名		(所属)						(氏名)					
研究費の受入方法		奨学寄付金 ・ 施設運営の会計口座 いずれかに○印をつけてください。											
会計書類の問合せ先		(住所) 〒											
		担当部署 :						TEL :					
		担当者名 :						FAX :					
								E-mail :					
口座記入不要の場合		振込依頼書(納付書)等を発行される場合は、記入不要です。それ以外の場合は、ご記入ください。											
銀行名	カタカナ												
	漢字												
支店名	カタカナ												
	漢字												
預金種目		普通預金 ・ 当座預金 ・ その他 (いずれかに○)											
口座番号													
口座名義	カタカナ												
	漢字												

- ※ 【奨学寄附金】を選択の場合は、施設指定の寄附申込書ならびに手続き方法についてお知らせ下さい。
  - ※ 【施設運営の会計口座】を選択の場合の振込先は、施設長もしくは理事長の名義で開設された銀行口座をご指定ください。(企業出納員名での口座は可)
- 本書類に記載いただきました個人情報および口座情報は、研究費の振込み、振込の通知もしくは振込不能時等の問合せを目的とした利用に限ります。