【会員用】

**ＦＡＸ025-224-0510またはメール添付　ｎ．ｅｉｙｏｕ＠ａｘｅｌ．ｏｃｎ．ｎｅ．ｊｐ**

**送金口座申請書**　（どちらかにチェック【新規□・変更□】）

申請日　西暦20 年 月 日

会員番号

ご氏名

〒

ご自宅住所

※送金手数料削減のため、第四北越銀行口座の申請をお願いします。

口座がない場合は、第四北越銀行口座の開設にご協力ください。

その他の金融機関希望の場合は、事務局までご連絡ください。

※会員登録氏名と同じ名義の口座で申請してください。

* 銀行口座ご希望の場合

銀行名

支店名

預金種目（○印をおつけください） 普通・当座・その他

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

口座番号

※必須 (フリガナ)

口座名義 ※ご本人名義の口座をご記入ください

電話番号

* 郵便口座ご希望の場合

記号

番号

※必須 (フリガナ)

口座名義 ※ご本人名義の口座をご記入ください

電話番号

公益社団法人 新潟県栄養士会

事務局

住所 新潟市中央区下大川前通4ノ町2230番地

 エスカイア大川前プラザ108号

TEL 025-224-5966