口 座 振 替 依 頼 書

　「鳥取県卒煙支援推進事業補助金」は下記口座に振り込んでください。

　　　年　　月　　日

住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先　（　　　　）　　　―

鳥取県知事　平　井　伸　治　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| 口座番号 | 普 通  当 座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |