受付年月日	令和　　年　　月　　日	受付所属担当者印	
受付所属名			

債権者登録申請書

（提出先）
地方独立行政法人
大阪市民病院機構　理事長　様

債権者番号（変更・取消の場合記入）

次のとおり債権者情報の登録を申請します。

債権者（契約者）欄			
申請年月日	令和　　年　　月　　日	申請区分	
電話番号	（　　）　　－	新規　・　変更　・　取消	
住所	〒　　－		
フリガナ		押印欄	
会社名・代表者名			

※変更・取消の場合記入してください。

変更・取消適用年月日
令和　　年　　月　　日から

※変更の場合は必ず記入してください。

変更内容	該当するものを〇で囲んでください。 電話番号　・　住所　・　氏名　・　法人名　・　口座内容の変更 その他（　　）

金融機関名	金融機関支店名	預金種目	普通　・　当座　・　貯蓄 その他（　　）
銀行　・　信用金庫 信用組合　・　労働金庫 農業協同組合	支店 出張所	口座番号	

口座名義		
漢字		
フリガナ		

承認印	担当者印