*

〒 651-0067
神戸市中央区神若通
３丁目２番１５号
神戸医師協同組合　様

担当コード
＊＊－＊＊＊＊＊

平成 ＊＊年＊＊月＊＊日

神戸医師協同組合

見本

銀行振替ご確認の件

拝啓　ますますご隆盛のこととお慶び申し上げます。毎々格別のご利用にあずかり、ありがたく厚くお礼申し上げます。

さて、当組合よりご購入いただきました代金（供給高）につきまして、お取引先様の銀行口座より、下記の通り口座振替（銀行引落し）させていただきますのでご確認下さい。

記

口座振替日　　平成 ＊＊年 ＊＊月 **27**日（引落し）

医協入金日　　平成 ＊＊年 ＊＊月 **27**日

（平成＊＊年 ＊＊月請求分）

部門	請求口座	供給高	消費税	合計	備考
11 薬品	1	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
11 薬品	2	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
12 医療器	1	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
13 医療食	1	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
14 リネン販売	1	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
24 リネン賃貸	1	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
46 福利カード	1	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	
	＊＊ 合計 ＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊	

OVAO