契約保証金等返還請求書

年　　月　　日

大崎市病院事業管理者　様

契約番号・契約名　　が完了しましたので，下記契約保証金の返還を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保証金額　　金 |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

住所

氏名又は名称

　印

振込先金融機関名・口座番号・口座名義人

○をつけてください。

金融機関名　　　　　　　　　銀行　信金　信組　農協　（　　　）　　　　　　　支店

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

預金種目　普通　当座　（　　）　　　口座番号

口座名義人

※　添付書類　検査合格通知書の写し

契約保証金納付届の写し（現金納付のみ必要）

保証書に係る領収書（金融機関等からの保証書返還請求時のみ必要）