年　　月　　日

**請求書送付先**

京都大学　御中

京都大学からの請求書送付先として、以下の情報を登録願います。

|  |  |
| --- | --- |
| **住　所** | 〒 |
|  |
| **名　称** |  |
| **所　属** |  |
| **役　職** |  |
| **氏　名** |  |
| 　電話番号**(問合せ用)**又はメールアドレス |  |

※請求書送付先と入金元登録情報の住所・名称が違う場合、入金元登録依頼書が必要

となる場合があります。下記までご連絡ください。

・ご不明な点がある場合は、京都大学医学部付属病院　総合臨床教育・研修センター

TEL.０７５－７５１－４８３９　E-mail. sotsugo\_kyt@kuhp.kyoto-u.ac.jp

までお問い合わせ願います。

・本様式に記載の事項は、本学からの請求業務及び問合わせにのみ使用し、それ以外

での目的では使用いたしません。