

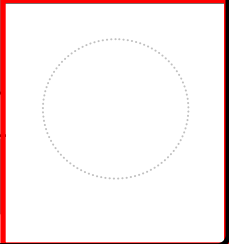
「かぎんFB-W e bサービス」振込限度額設定（支払口座）依頼書

依頼日： 年 月 日

株式会社 鹿児島銀行 御中

【かぎんFBセンター】 FAX 099-256-6880

〒890-8503 鹿児島市鴨池2丁目29-1

おと ころ						
おな まえ						代表口座のお届印
代表口座 〔基本手数料 引去り口座〕	お取引店	科目	口座番号(7桁)			
	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
						

当社（私）が利用している「かぎんFB-W e bサービス」の振込限度額（資金支払口座単位）の設定をご依頼いたします。

なお、この取扱いに関しては、すべて当社（私）にて責任を負い、貴行には一切ご迷惑・ご損害等をおかけいたしません。

【資金支払口座】

お取引店	科目	口座番号 (左づめでご記入ください)	口座名義	設定する振込限度額			
				1日	(百万)	(千)	
<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			1日			
				1回			
<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			1日			
				1回			
<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			1日			
				1回			

※本依頼書がかぎんFBセンターに到着、確認後に変更処理をさせていただきます。

※FAX送信により限度額設定を依頼された場合も、本依頼書(原本)を営業店窓口へご提出ください。

銀行使用欄

-(営業店使用欄)-

受付日 年 月 日

受付店	店番号・店名	検印	係印	印鑑照合

*本帳票を受付けたら、速やかにFBセンターまで行内メール（書留扱い）で送付すること。

(FBセンター使用欄)

IB管理端末登録日	検印	係印