岐阜県医師会　御中

**振込口座申請書**

（受入医療機関）

以下の口座に振込を依頼します。

「在宅医療体験学習実施報告書」の（２．対応医師）に記入した氏名をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者氏名** |  |

以前、当該事業において振込口座を提出した場合は、○印をご記入ください。以後の記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 以前と同様 |

振込先の口座情報について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 |
|  |  | 普　通・当　座 |
| 銀行コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口　座　番　号 | 口　座　名　義（カナ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

上記、振込先の口座名義が、法人である場合は以下の欄は記入する必要はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 現　住　所 | 〒 |
| 生年月日 |  |