**送付先：岐阜県医師会事務局（FAX：058-271-1651　E-mail：aitoh-j@gifu.med.or.jp）**

**振込口座申請書**

（受講者用）

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 以前と同様 |

↑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。

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 |

↑交通費支給のため必ずご記入ください。

以下の口座に振込を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |