

福岡県風しん抗体検査実施医療機関 新規登録・登録内容変更・辞退届出書

所属都市医師会 _____ 医師会

管理者名 _____

医療機関名 _____
〒 _____
住 所 _____
電 話 番 号 _____

※いずれか1つに☑してください

- 新規登録**
(※上記枠内の内容を登録)

委託料入金指定口座

預金種目	銀行		支店			
	普通預金		当座預金			
口座番号						
(フリガナ)						
口座名義						

(※新規の場合のみご記入下さい。)

- 登録内容変更**
(※変更前の内容をご記入ください。変更後は上記枠内の内容を登録します。)

医療機関名 _____

〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

- 辞 退**