　医療機関・振込先金融機関情報　変更届

**妊・聴・歯**

1.当財団に登録済（変更前）の医療機関情報をご記入ください

医療機関コード：

医 療 機 関 名：

住　　所 　〒　　　　-

電　　話　　　　（　　　　）

記入者名

2.変更となった項目を全てご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 医療機関  コード | 県コード | | － | 医療機関コード（7桁） | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

3.※振込先金融機関・口座名義が変更となる場合は、下記の枠内を全てご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更日※ | 西暦　　　　年　　月　　日　※この日以降に新しい口座に振り込みます | | | | | | | |
| （フリガナ）  金融機関名 |  | | | | （金融機関コード） | | | |
| （フリガナ）  支 店 名 |  | | | | （支店コード） | | | |
| 口座番号 | 普 通 ・ 当 座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | ※必ずご記入下さい | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |

　　※ゆうちょ銀行は指定できません

◇送付・問い合わせ先

公益財団法人ちば県民保健予防財団

企画広報課　妊婦･乳児健診事務取扱い担当

〒261-0002 千葉県千葉市美浜区新港32番地14　TEL：043-246-8649

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※財団使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 入力日 | 担当者 |
| 20  / |  |