医療機関・振込先金融機関登録用紙

**妊婦乳児・聴覚・歯科**

**新 規**

下記の様式に**全て**ご記入いただき、初回の受診票送付時に同封しお送りください。

記入日　西暦　　　　　年　　　月　　　日

記入者　職種：　　　　　　氏名：

1.医療機関情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関コード | 県コード | **―** | 医療機関コード |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

2.診査料振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （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 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※財団使用欄

◇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

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