

# 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 \_\_\_\_\_ 粕屋 \_\_\_\_\_ 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							
	銀行				支店		
預金種目	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**