振　　込　　口　　座　　届

令和　　年　　月　　日

公益財団法人　滋賀県健康づくり財団理事長

所在地　　　〒

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

メールアドレス

妊婦健康診査費等の費用受領にかかる、振込口座について下記のとおり

お届けいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名  支店名 | 銀行　　　　　　　支店 |
| 種　　別 | どちらかに○をつける  普通預金　　　・　　　当座預金 |
| 口座番号 |  |
| ふりがな |  |
| 名　　義 |  |