**金融機関口座情報について**

お手数をおかけしますが、下記情報についてご提出をお願いいたします。

**①基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 医療機関住所 |  |
| 医療機関電話番号 |  |

**②金融機関情報（肝炎ウイルス検査費用振込先）**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名・支店名 |  |
| 預金種別（普通・当座等） |  |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |

※県に登録がない場合、既登録情報から変更されている場合は、債権者登録書をご提出いただく必要がありますので、その際はご協力をお願いいたします（別途ご連絡いたします）。