

年 月 日

一 般 社 団 法 人
松永沼隈地区医師会 様

健診機関名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

代 表 者 名 _____

参加する	参加しない
------	-------

1 届出内容は、「健診機関一覧表」等の掲載の参考にさせていただきます。
掲載する健診機関名、住所、電話番号を御記入ください。
紙面の都合上、「医療法人〇〇会」等は省略してください。

健診機関名	
住所	
電話番号	

胃 X 線、胃カメラ選択可能	
胃 X 線のみ（胃カメラは不可）	
胃カメラのみ（胃 X 線は不可）	
曜日指定あり（ ）	

☐新たに事業参加する　又は　登録口座の変更を希望する（下に口座を記入）
☐登録口座の変更は不要　（口座の記入は不要です。）

金融機関	金融機関名	預金種目	1 普通/総合 2 当座 4 貯蓄 9 その他	口座番号(右づめで記入)				
	店舗名 (支店名)							
口座名 義人姓								