

医療機関変更事項届出書

令和 年 月 日

医療機関
コード _____ ※旧コードで、ご記入下さい

医療機関
の所在地

医療機関
の名称

開設者氏名

電話番号 () _____

F A X () _____

月 診療分から、下記の事項について変更になります。

変更になる項目のみのご記入ください。

医療機関コード	(新コード)						
所在地	〒_____						
名称							
開設者氏名							
電話番号			F A X				
振込先指定口座	金融機関名	銀行 労働金庫 信用金庫 農協 信用組合	支店 支所 出張所	金融機関コード		店舗コード	
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	※			
	フリガナ						
	口座名義						

※金融機関コードについては、記入に及びません。

送付先 〒020-0022 盛岡市大通一丁目1-16 TEL 019-623-3300
一般財団法人 岩手県退職教職員互助会 FAX 019-623-3349
URL: <https://iwatetai.jp/>