神奈川県風しん抗体検査事業　協力医療機関

新規申込書

年　　月　　日

神奈川県医師会長　殿

医療機関名

代表者名

神奈川県風しん抗体価検査事業の協力医療機関として申し込みいたします。なお、検査にかかる委託料を下記の口座に振込みいただきたくお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 代表者名 |  |  |
| 住　　　所 | 〒 | 電話番号 |  |  |
| 協力開始年　月　日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 金融機関名 | 　 | 　 | 　 | 支店 |
| 口座の種類 | 1 | 普通 | 口座番号 | 　 |
| 2 | 当座 |
| 3 | その他 |
| (フリガナ) | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| インボイス番号の有無 | 有（登録番号を記載）：T無：ｲﾝﾎﾞｲｽ調整額控除※について同意します　□ （←☑してください））※消費税相当額の20％を支払(請求)額から減額すること（令和８年９月30日までの負担軽減措置による） |