令和　　年　　月　　日

一般財団法人 岩手県退職教職員互助会　御中

医療機関コード

〒

医療機関の所在地

医療機関の名称

開設者氏名　　㊞

電話番号　　（　　）

医療機関変更事項届出書

　　月 **診療分**から、下記の事項について変更になりますので、お届けします。

※変更になる項目のみのご記入ください。

① 医療機関コード	（旧コード）		（新コード）								
② 所在地	〒										
③ 名称											
④ 開設者氏名											
⑤ 電話番号											
⑥ 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	金融機関ｺｰﾄﾞ				店舗ｺｰﾄﾞ			
				※							
	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