

(様式1)

みえ出産前後からの親子支援事業 参加登録申請書

令和 年 月 日

三重県医師会長 殿

私は、みえ出産前後からの親子支援事業の運営趣旨に賛同し、同事業への登録を申請いたします。

1. 医療機関名 (産婦人科・小児科)

2. 所在地 〒

3. 電話 FAX

(代表者・申請者医師名)
4. 氏名

※1~4は登録機関一覧表に掲載いたします。

<振込先銀行>

銀行名 銀行 支店

預金種目 口座番号

ふりがな
口座名義人

※なるべく百五銀行をご指定ください。

登録医推薦書

令和 年 月 日

三重県医師会長 殿

以上の者を登録医として適当と認め推薦いたします。

郡市医師会名

会長名 印