神奈川県薬剤師会 令和２年度 薬局における薬剤交付支援事業

振込先情報登録票

記入日：令和２年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 薬 局 名  所 在 地  代表者名  電話番号 |  |
| 振込先口座 | ・金融機関名（　　　　　　　　　　　　銀行　信金　信組　　）  ・支　店　名（　　　　　　　　　　　　支店　　　本店　　　）  ・口座種別（　　　　　　普通　　　　　　当座　　　　　　）  ・口座番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

・交付申請書を初めて提出する際に併せてご提出ください。

・また、２回目以降で変更する場合も同様にご提出ください。