

【様式1】

佐賀県医療センター好生館資金運用取引金融機関登録申請書

年 月 日

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 御中

1 郵便番号 □□□—□□□□

2 住所 _____

ふりがな
3 商号又は名称 _____

ふりがな
4 代表者等氏名 _____ 印

ふりがな
5 担当者氏名 _____ 印

6 電話番号 _____

7 FAX番号 _____

8 E-MAIL _____

※ 好生館記入欄

受付年月日 _____ 確認者 印

審査年月日 _____ 確認者 印

登録番号 _____ 確認者 印