（記号番号）

令和\*年\*月\*日

　公益財団法人岩手県市町村振興協会

理事長　　谷藤　裕明　　様

●●市町村長　　○○　○○　　印

市町村医師養成事業助成金交付申請書

令和〇年〇月○日付け○岩振協第〇号で通知のあった令和○年度公益財団法人岩手県市町村振興協会市町村医師養成事業助成金について、公益財団法人岩手県市町村振興協会市町村医師養成事業助成金交付細則第７条に基づき、下記のとおり交付申請します。

記

１　支払申請金額　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 本・支店名 |  |
| 預金種目 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 部課係名 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 電話 |  | | 内線 |  |
| ファクス |  | | | |
| E-Mail |  | | | |