第７号様式（第11条）

令和　年　月　日

横　浜　市　長

【代表医療機関】

住所

医療機関名

代表者名

横浜市医療機関合同研修サポート補助金請求書

　　年　月　日付医地第　　号で補助金確定通知のありました、横浜市医療機関合同研修サポート補助金につきまして、次のとおり請求します。

１　補助金請求額　　　　　　　　　　　円

２　口座情報

　　下記の口座にお振込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 口座名義人氏名 |  |
| 振込先金融機関等 | 銀行　　　　　　　　　　支店 |
|
| 種目・口座番号 | 普通　・　当座　　№ |
|

※振込手数料については、負担をお願いいたします。

【担当者】

（医療機関名）

（担当者）

（連絡先）