**【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**

　　　　　　令和　　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　　　令和　　年　　月　　日 確認者 印

審査年月日　　　令和　　年　　月　　日 確認者 印

登録番号　　　　　　　　　　　　　　 　　　確認者 印