**産後ケア実務助産師研修修了者**

**2020年度　都道府県申請手数料**

**振り込み口座**

**提出日　　　　年　　月　　日**

▼金融機関の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種類 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ） |  |

▼ゆうちょ銀行の場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 店番 |  |  |  |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ） |  |

金融機関またはゆうちょ銀行のどちらかをお選びください。

上記についてのお問い合わせ先

助産師会名：

担当者氏名：

電　話：

メールアドレス：