

銀行振込連絡用紙

年 月 日

発信元：様 送信枚数： _____ 枚（この頁を含む）	送信先： 一般社団法人日本病院会教育課 〒102-8414 千代田区三番町 9-15 TEL: 03-5215-6647 FAX: 03-5215-6648 e-mail : ijiho@jha-e.jp
--	---

※ 銀行振込をご希望の際は、下記事項に記入のうえ、メールか FAX にて返信ください。

日本病院会 教育課 宛

医師事務作業補助者コース 通信教育受講料 の振込みを下記の通り行います。

フリガナ	
振込名義人名	
振込予定日	年 月 日
振込金額	
受講生氏名 ※複数名記入可	

※ 請求書発行希望の場合のみ下記事項に記入してください。

請求書の宛名	
病院(会社)名、担当名	
メールアドレス	
電話番号	
送付先住所	〒

<銀行振込口座>

みずほ銀行 麹町支店 (普) 口座番号 1101661
 一般社団法人 日本病院会 通信教育部