医療機関・薬局等における感染拡大防止対策事業（支援金）

振込先金融機関口座確認書類

申請者名：

|  |
| --- |
| 振込先金融機関口座確認書類　写し貼り付け  ＊通帳（口座番号が書かれた部分）のコピーを貼り付けしてください。 |

原本と相違ない旨証明します。

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　薬局名

　　　　　　　　　　　　　　役職・代表者名　　　　　　　　　　　印