令和　　年　　月　　日

岐阜県後期高齢者医療広域連合
資金運用取引金融機関参加申出書

□ 新規　□ 変更　□ 廃止

※該当する項目の□を選択（☑）してください。

（あて先） 岐阜県後期高齢者医療広域連合会計課

資金運用取引金融機関への参加を申し出ます。

1	金融機関登録	カ ナ						
	法人名・支店名	漢 字						
	肩書			代表者名	姓		名	

2	住　所	郵便番号	〒　－	□都□道 □府□県 □市□区 □町□村□郡
		方 書		
	電話番号	－ －	FAX番号	－ －
	電子メールアドレス			

担当者	所属・役職	
	氏名	
連絡先	電話番号	
	メール	