

# 川崎市 1 か月児健康診査協力機関登録事項変更届

年 月 日

(宛先) 川崎市長

実施機関 所 在 地  
名 称  
代表者名  
電 話

印

次のとおり変更したので届け出ます。

変更年月日 年 月 日

| 項 目     | 新              | 旧                                        |
|---------|----------------|------------------------------------------|
| 実施機関名称  |                |                                          |
| 代 表 者   |                |                                          |
| 住 所     | 〒              | 〒                                        |
| 電 話 番 号 |                |                                          |
| 振 込 口 座 | フリガナ           |                                          |
|         | 金融機関           | 銀行<br>信用金庫                               |
|         | 銀行コード<br>(4 桁) | 支店                                       |
|         | 預金種目           | 1. 普通    2. 当座    9. 別段    0. その他 (    ) |
|         | 口座番号           |                                          |
|         | フリガナ           |                                          |
|         | 口座名義           |                                          |
| そ の 他   |                |                                          |

※変更になる項目以外は空欄でかまいません