令和５年度医療機関における新型コロナウイルス感染症の

外国人患者受入れのための設備整備事業に係る医療機関連絡先等

○本事業に係る連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当部署 |  |
| 担当者 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

○本事業補助金の振込希望口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |