

受領書申込書

令和 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

茨城県新型コロナウイルス感染症対策医療従事者応援金に係る受領書について、以下のとおり申し込みます。

ふりがな
企業名： _____

ふりがな
代表者名： _____

(ご連絡先)

〒 _____

所在地： _____

電 話： _____

E-Mail： _____

◆ 寄附金額 _____ 円

◆ 振込先 常陽銀行県庁支店 普通 1335690

◆ 振込日 令和 年 月 日

【提出先】

茨城県保健福祉部医療局医療人材課

医師確保グループ

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

(電話) 029-301-3191

(Fax) 029-301-3194

(E-mail) i.doctor@pref.ibaraki.lg.jp