

(西暦) 年 月 日

被験者負担軽減費の受領同意書

浜松医療センター 院長 様

被験者氏名 _____

代諾者氏名 _____

(続柄)

- 被験者負担軽減費を受領します。
- 被験者負担軽減費を受領しません。

上記の支払いにあたっては、下記の口座へ振り込み願います。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協
	預金種別	1. 普通預金 2. 当座預金
	口座番号	
	口座名義	
連絡先住所	〒 電話番号 () -	

- (注) 1. 該当する事項または番号に○印をし、必要事項を記入して下さい。
2. 振込先については、郵便局の口座は指定できません。
3. 確定申告をする必要がある場合があります。