

# 令和 年度 会費納入内訳書

令和 年 月 日

岩手県看護連盟 行

施設名： \_\_\_\_\_

施設住所： 〒 \_\_\_\_\_  
岩手県 \_\_\_\_\_

電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ (内線 \_\_\_\_\_)

代表者 職名 \_\_\_\_\_  
職氏名： 氏名 \_\_\_\_\_ (担当者氏名)

※会費振込者は、代表者または担当者と同一人であること

## 申込者数および送金額内訳

	保健師	助産師	看護師	計	金額
継続加入 8,000円				名	(8,000×人数) 円
新規加入 8,000円				名	(8,000×人数) 円
再加入 8,000円				名	(8,000×人数) 円
計	名	名	名	名	円

\*看護師には准看護師を含む

※ 申込者数計 ( \_\_\_\_\_ ) 名 送金額計 ( \_\_\_\_\_ ) 円