

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