【様式2】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　年　　　月　　　日

**謝金の受領に関する申出書【施設用】**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業名（研修名） | **※看護協会記入欄****【088】一日看護体験事業** |

記入者氏名

１　施設情報

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| 施 設 名 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 電話番号 |  |

２　受領に関して

所属機関等に係る法令・内規等を勘案した上で、いずれかに〇を付けてください。

（　受領できる　・　受領できない　）

**３　振込口座について（受領できる場合は必ずご記入願います）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座名義 | フリガナ |  |
| 漢字 |  |
| 金融機関名 | （銀行名称） | 金融ｺｰﾄﾞ | （支店等名称） | 店舗ｺｰﾄﾞ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 預金種類 | （　普通（総合）　・　当座　）　　※いずれかに〇を付けてください。 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　※左詰めでご記入願います。 |

注　１　振込先機関は、郵便局以外の金融機関を指定してください。

２　口座名義及びフリガナは金融機関等で登録したものを正確にご記入願います。

口座の照会はフリガナを用いて行いますので、フリガナは正確にご記入お願います

３　上記内容に変更があった際には、速やかに以下の連絡先までご連絡願います。

４　上記内容についての個人情報は、謝金・旅費等の支払のためのみに使用いたします。

５　過去に本会より依頼を受けたことのある方もご記入下さいます様お願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **【問い合わせ先】** | **公益社団法人茨城県看護協会****〒310-0034　水戸市緑町3-5-35　　TEL　029-221-6900** |