提出日　　　年　　　月　　　日

**謝金受領に関する申出書**

※過去に本会へ口座情報を提出している方もご記入下さいます様お願いいたします。

※以下内容についての情報は、謝金等の支払のみに使用いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **事業ｺｰﾄﾞ：** | 【088】一日看護体験事業 |
|  |  |
| **記 入 者** |  |
| **役　　職：** |  | **氏名：** |  |

**◆施設情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** | 　 |
| **所在地** | 　〒　　 |
| **電話番号** | 　 |

**◆謝金等の受領についていずれかに☑を付けてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] 　受領できる | [ ] 　受領できない |

**◆振込口座**※受領できる場合は必ず記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **口座名義** | フリガナ |  |
| 　 |
| **金融機関名** | （銀行名） | 金融ｺｰﾄﾞ | （支店名） | 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。 |

　※振込口座は、個人口座でなく施設名義の口座をご記入ください。

問合せ先　公益社団法人茨城県看護協会・茨城県ナースセンター　TEL　029-221-7021