

(様式1)

# 送 金 書

一、 金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし入会金として、下記内訳のとおり送金します。

入会金(新入会員のみ) ¥20,000× \_\_\_\_\_ 名分=¥ \_\_\_\_\_

※ 納入方法 銀行振込にて納入します。

振込先は 

十八銀行桜町支店(普) No.0484008 公益社団法人 長崎県看護協会
--

平成 年 月 日

施 設 名 \_\_\_\_\_

申込責任者 \_\_\_\_\_

振 込 者 名 \_\_\_\_\_

※振込者名が上記施設名と異なる場合ご記入下さい。

公益社団法人長崎県看護協会  
会 長 西村 伊知恵 様

★入会金専用の払込用紙が必要な場合はお手数ですがご連絡ください。(Tel0957-49-8050)

(様式2)

## 入会金納付書

No.	氏名	備考
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
計 ¥20,000 × 名分 = _____ 円		

平成 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_