

平成 30 年度 長崎県看護協会研修会
【受講料振込完了届】

FAX 0957-49-8059

申込書 1 に振込届で実際の振込日を記載頂いている場合は不要です。
ただし、複数の研修分をまとめてお振込みされる場合は、必ず研修 No.ごとにご記入ください。

研修No.	研 修 名	受 講 料	合 計
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		会 員()円×()人 非会員()円×()人	
		総計： ￥	

振込名義人	法人名など登録正式名称、個人名はカタカナで記入下さい。
振込月日	年 月 日

《振込先》

十八銀行 桜町支店(普)639936
公益社団法人 長崎県看護協会

◇ 申込責任者 ◇

氏 名		役 職	
施設名		勤務部署	
住 所	〒		
TEL		FAX	