様式３

　　　　令和　　年　月　　日

公益社団法人　奈良県看護協会

　会長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　申請者　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

令和４年度プリセプター配置支援事業　請求書

　令和　年　月　日付奈看協発第　　号で助成決定を受けた令和４年度プリセプター配置

支援事業について、下記のとおり請求します。

１　事業の名称　　令和4年度プリセプター配置支援事業

２　助成決定額　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振替先 | 金融機関名 |  |
| 支 店 名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人(カナ) |  |