

# 振込口座申出書

<FAXか郵送またはメールで送ってください>

下記のとおり、振込口座を申し出いたします。

□印にはチェック(✓)を記載ください

ご記入日 年 月 日

銀行名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ 口座名義	<input type="text"/>
備考	<input type="text"/>

※ 個人情報の取り扱いについて

ご提出いただいた氏名・振込口座等の個人情報については、支払業務を行うためのみに利用します。

〒634-0813 奈良県橿原市四条町288-8

公益社団法人 奈良県看護協会 経理担当

TEL 0744-25-4014

FAX 0744-24-7703

E-mail nara-ns@oregano.ocn.ne.jp

メールの場合は、件名に「振込口座申出書」と必ず入力ください。

<協会使用欄>

研修日	令和 年 月 日
研修会名	<input type="text"/>
払込番号	<input type="text"/>
氏名	<input type="text"/>

受領日	<input type="text"/>
振込日	<input type="text"/>
金額	<input type="text"/>