

連盟会費納入報告書

提出用

提出日： 年 月 日

施設名	
役職 代表者名	
住所	
T E L	
F A X	

必要事項を記入し、「入会申込書」と一緒に提出してください。

納入月日	年 月 日				
納入方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込(大分銀行・大分信用金庫)		<input type="checkbox"/> 現金書留	<input type="checkbox"/> 現金持参	
納入金額	円				
入会申込書 枚数	枚				
申込者内訳	保健師	助産師	看護師	准看護師	合計
	名	名	名	名	名

(連絡事項)

大分県看護連盟 FAX : 097-574-7517

【お問い合わせ先】 大分県看護連盟
 〒870-0855 大分市豊饒310-4 大分県看護研修会館
 (TEL)097-574-7088 (FAX)097-574-7517
 e-mail:oita-kanren@extra.ocn.ne.jp