

提出用



# 連盟会費 納入報告書

提出日:      年      月      日

施設名	
( 役 職 ) 代表者名	
T E L	
F A X	
※ E-mailでの連絡が可能な場合は、メールアドレスをご記入ください	

納入月日	年      月      日				
納入方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 現金持参				
納入金額	円				
申込書枚数	枚				
(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  
 〒870-0855 大分市豊饒二丁目7番1号 大分県看護研修会館内  
 (TEL)097-574-7088 (FAX)097-574-7517  
 e-mail:oita-kanren@extra.ocn.ne.jp