**様　式　1**

令和　　年　　月　　日

新潟県看護連盟会長　様

施設名(または個人名)

電話番号

担当者名

**会費送付票**

標記につきまして、下記のとおり送付いたします。

記

（１）　連盟会費　　　　　　名　×　８，０００円＝　　　　　　　円

（２）　送金方法に○印をお付けください。

　　　　　　　　　(　　　)　郵便局払い込み用紙で振込み

　　　　　　　　　(　　　)　ゆうちょ銀行振込み

　　　　　　　　　(　　　)　第四銀行振込み

振込み予定日　　　　　　月　　　日

**※照合のため必ず記入をお願いいたします**

　　　　　　　　　(　　　)　県連盟事務所へご持参