（様式　5）

**旅費支払いに関する交通手段等確認書**

支　部

会 議 名　　　支部役員会、支部研修、まちの保健室　等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

施 設 名 施設住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　個人会員のみ自宅住所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交通手段 | 交通機関利用 | 鉄路利用 | ＊ |
| バス利用 | ＊ |
| 自動車利用 |  | ＊ |
| 公用車等利用 | 旅費不要 | ＊ |
| 施設等の口座へ振込 | ＊ |

（注）１　＊欄に交通手段等を○印で記入してください。

　　　　２　旅費規則に基づき記入していただいた方法で計算してお支払いします。

* 旅費振込み金融機関（**ご本人名義の口座を正確**に記入してください。）

　　　　　　　　　　（施設等への振込みを希望される方は、施設等の口座を記入してください。）

* ＜個人情報に関する取扱い＞

　　　　公益社団法人長野県看護協会は、債務の支払いに際して提供いただく個人情報に関して、個人情報保護関係法令及び規範を遵守し、適切に管理し、利用します。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協 |
| 支　店　名 | 支店・支所・出張所 |
| 口 座 番 号 | 普通 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義人 |  |

　　　　 事務局使用欄　　　支給額