会員　様

公益社団法人　長野県看護協会長

（公印省略）

会館運営資金納入について【コンビニ納入】（依頼）

時下　ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より当協会運営にご支援、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

　さて、長野県看護協会会員の皆さまの入会時に、「長野県看護協会会館」を管理運営（設備の充実、修繕、改修等）および「会館建替資金積立」費用のため、会館運営資金の納入をお願いしています。

　貴所属施設では、会館運営資金納入は**【コンビニ納入】**となっています。

　つきましては、下記同意書に必要事項をご記入いただき、施設代表者様にお渡しください。

　ご不明な点等ありましたら、お問い合わせください。

公益社団法人長野県看護協会

担当　専務理事　石井　絹子

担当職員　臼井　恵美子

TEL 0263-35-0421　FAX 0263-34-0311

E-mail　c-keiri3@nursen.or.jp

切り取り線

　　　　　　　　　　　　　　様

**会館運営資金納入【コンビニ納入】同意書**

**所属施設名**

**同意確認** 会館運営資金について【コンビニ納入】に同意します。

**氏名(自署)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納入期限 | 金額 | 備考 |
| 2023年1月31日 | 4万円 |  |

**納入金額**

　　　　　　　　※2万円の分割納入を希望される方は、備考欄にご記入ください。

記入日　　　　　年　　月　　日