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【口座振替】（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**【口座振替】**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【口座振替】同意書**

**所属施設名**

**同意確認** 長野県看護協会および日本看護協会の年会費と同じ口座からの振替に

同意します。

**氏名(自署)** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振替日 | 金額 | 備考 |
| 2023年1月27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