**令 和　 　 年度 会費納入内訳書**

令和　　 年　　 月　　 日

岩手県看護連盟　 行

施設名：

施設住所： 〒　　　　－

　　　　　　 岩手県

電話番号： （　　　　　）　　　　－　　　　　　　　（内線　　　　　）

　 職 名

代表者

職氏名

：

　 氏 名　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名）

　　　　　　　 ※会費振込者は、代表者または担当者と同一人であること

**申込者数および送金額内訳**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 計 | 金　　　額 |
| 継続加入８，０００円 |  |  |  | 名 | (８，０００×人数)円 |
| 新規加入８，０００円 |  |  |  | 名 | (８，０００×人数)円 |
| 再加入８，０００円 |  |  |  | 名 | (８，０００×人数)円 |
| 計 | 名 | 名 | 名 | 名 | 円 |

＊看護師には准看護師を含む

**※ 申込者数計（　　　　）名　　　送金額計（　　　　　　　）円**