

# 請求書

令和 年 月 日

公益社団法人 沖縄県看護協会 御中

下記のとおり、請求します。

件名：平成31年度「訪問看護ステーション」と「医療機関」における相互研修の研修費として

住所

施設名

代表者名

印

合計金額

円

内訳

番号	研修生		研修月日	研修日数	金額 (4,000円/日)
	氏名	所属先			
			合計		

振込先

銀行名	
預金の種類	
口座番号	
名義人	