

振込金受領証

平成 年 月 日	
金額	千 円
送り先	みちのく銀行桜川支店
お受取人	公益社団法人 青森県看護協会 普 0115363
ご依頼人	(研修コードNo.) 10 (施設名またはお名前) 様
内訳	摂食・嚥下障害 に伴う看護の実際 ～口から食べる幸せを支えるために～

上記のとおり振込金として
受領いたしました。

(取扱店) みちのく銀行
店

(取扱店→ご依頼人)

取 入
印 紙
(3万円以上のとき)

振込通知書

平成 年 月 日	
金額	千 円
送り先	みちのく銀行桜川支店
お受取人	公益社団法人 青森県看護協会 普 0115363
ご依頼人	(研修コードNo.) 10 (施設名またはお名前) 様
内訳	摂食・嚥下障害 に伴う看護の実際 ～口から食べる幸せを支えるために～

(取扱店) みちのく銀行 店

(取扱店→桜川支店→看護協会)

振込依頼書

平成 年 月 日		科目		
送り先	みちのく銀行桜川支店		種類	文書扱
お受取人	預金種目 普通預金	口座番号 0115363	金額	千 円
ご依頼人	おなまえ 公益社団法人 青森県看護協会		内 訳	現金 枚
ご依頼人	(研修コードNo.) 10 (フリガナ) (施設名またはお名前) 様			当手 枚
内 訳	摂食・嚥下障害 に伴う看護の実際 ～口から食べる幸せを支えるために～		他手 枚	
内 訳			出納印・振替科目	

○みちのく銀行の
本支店で御取扱致します。振込手数料は無料

(取扱店保管)

振込金受領証

平成 年 月 日	
金額	千 円
送り先	みちのく銀行桜川支店
お受取人	公益社団法人 青森県看護協会 普 0115363
ご依頼人	(研修コードNo.) 10 (施設名またはお名前) 様
内訳	摂食・嚥下障害 に伴う看護の実際 ～口から食べる幸せを支えるために～

上記のとおり振込金として
受領いたしました。

(取扱店) みちのく銀行
店

(取扱店→ご依頼人)

取 入
印 紙
(3万円以上のとき)

振込通知書

平成 年 月 日	
金額	千 円
送り先	みちのく銀行桜川支店
お受取人	公益社団法人 青森県看護協会 普 0115363
ご依頼人	(研修コードNo.) 10 (施設名またはお名前) 様
内訳	摂食・嚥下障害 に伴う看護の実際 ～口から食べる幸せを支えるために～

(取扱店) みちのく銀行 店

(取扱店→桜川支店→看護協会)

振込依頼書

平成 年 月 日		科目		
送り先	みちのく銀行桜川支店		種類	文書扱
お受取人	預金種目 普通預金	口座番号 0115363	金額	千 円
ご依頼人	おなまえ 公益社団法人 青森県看護協会		内 訳	現金 枚
ご依頼人	(研修コードNo.) 10 (フリガナ) (施設名またはお名前) 様			当手 枚
内 訳	摂食・嚥下障害 に伴う看護の実際 ～口から食べる幸せを支えるために～		他手 枚	
内 訳			出納印・振替科目	

○みちのく銀行の
本支店で御取扱致します。振込手数料は無料

(取扱店保管)