

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.) 17 (施設名またはお名前) 様
内訳	糖尿病合併症の予防とセルフケア ～網膜症・神経障害～

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)

収入	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.) 17 (施設名またはお名前) 様
内訳	糖尿病合併症の予防とセルフケア ～網膜症・神経障害～

(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.) 17 (フリガナ) (施設名またはお名前) 様			当手 枚
内訳	糖尿病合併症の 予防とセルフケア ～網膜症・神経障害～		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.) 17 (施設名またはお名前) 様
内訳	糖尿病合併症の予防とセルフケア ～網膜症・神経障害～

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)

収入	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.) 17 (施設名またはお名前) 様
内訳	糖尿病合併症の予防とセルフケア ～網膜症・神経障害～

(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.) 17 (フリガナ) (施設名またはお名前) 様			当手 枚
内訳	糖尿病合併症の 予防とセルフケア ～網膜症・神経障害～		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)