

看護教育センター運営維持管理費の一括又は増額でのお支払をご希望の場合、入会申込書を会員登録事務局へ送付する前に群馬県看護協会へ FAX (027-269-8601) 送信してください

### 運営維持管理費増額支払申込書

申込日	20 年 月 日		
担当者		TEL	
施設名		FAX	

下記の通り、看護教育センター運営維持管理費の増額支払を希望します。

増額支払希望額を○で囲み、合計金額をご記入ください。

(例) 新規入会の方で一括払いを希望の場合「増額支払希望額」は 20,000 円となります。

群馬県看護協会会員番号 (新規入会の場合空欄)	氏名	今年度 支払額		増額支払希望額		合計金額
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	
		10,000	+	10,000 20,000	=	

<看護教育センター施設運営維持管理費について>

支払額：30,000 円必須納入 支払対象：平成 21 年度以降に群馬県看護協会へ新規入会の方。

標準の支払い方法は分割払いです。一括払い・増額払いをご希望の方はこの様式をご利用ください。

なお、過去の納入状況について不明な場合は、会員番号等調査依頼書を使用し、お問合せ下さい。