別紙　１

研修受講料免除・返還申請書

令和　　年　　月　　日

公益社団法人新潟県看護協会

会　長　　池　田　良　美　様

施設住所

施　設　名

看護協会代表者氏名　　　　　　　　　印

申請人氏名　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり受講料の　　を申請します。（証明書等を添付のこと）

　　　　　　　　　　　　（　　月　　　日　　　　　　　円納入）

１．免除または返還する受講料等の内訳

（１）研修の名称ならびに開催年月日

　　　開催日　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　研修名

（２）免除または返還を申請する理由（該当事由に☑をつける）

□　災害（罹災証明書）

□　交通機関（遅延証明書等）

□　医療機関（診断証明書等、領収書等の写しも可）

□　同一生計者の弔事（所属施設の忌引き届の写し等）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

別紙　１－１

２．口座振込に必要な事項を下記に記入してください。

口座振込

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 口座名義人 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 金融機関  の名称 | 銀行　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | |
| 預金の種別 | １　普通預金　　　　　　　２　当座預金 | | | | | | | | |
| 預金口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | （　左　づ　め　） |

**注）**　**・該当する番号または事項を○で囲んでください。**

**・この用紙については、他に漏洩しないよう取り扱いいたします。**

**・振込手数料は差し引いてお振込みいたします。**