様式１（第５条関係）

旅　費　支　払　依　頼　書

年　　月　　日

大和ケアマネージャー連絡協議会会長　様

会員名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会議・研修等の名称	
開　催　場　所	
開　催　日　時	年　　月　　日（　）～　　年　　月　　日（　） □半日　□一日　□一日以上（　　日間）　□宿泊
旅費の種類と金額	□交通費；　　円（電車・バス・その他） □日　当；　　円 □宿泊費；　　円　＊領収書を添付してください
	合計金額；　　円

□支払可
□支払不可

会長　㊞
会計　㊞

＊領収書＊

上記旅費を領収いたしました。

年　　月　　日

会員名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞