

大和ケアマネージャー連絡協議会 事務局 行

(FAX:046-259-6062)

大和ケアマネージャー連絡協議会 会費振込確認用紙

【 年 月 日 】

会員名	
所属事業所	
連絡先	TEL (担当者)

____年度分 会費振込

会費振込	人数	____名 × 2,400円 →	合計(振込金額)	円
	氏名	氏名	氏名	氏名
		氏名	氏名	氏名
		氏名	氏名	氏名

振込明細書添付

『振込明細書』のコピーをグレーの欄に添付しファックスしてください。

- * インターネットバイキング利用の場合は振込み完了がわかるものを添付して下さい。
- * 明細書には「振込年月日」「振込依頼人名」「振込先」「振込金額」を残し、他の情報を黒塗りで消して下さい。

【振込先】

横浜銀行 大和支店 普通預金 1678041
名義 大和ケアマネージャー連絡協議会会長 天野宏一