振込口座申出書

■　旅費、謝金等を銀行振込にてお支払い致しますので、下欄をご記入ください。

■　本紙に記入された内容は、本研修を開催するために必要な事務手続きを行う際の情報として利用

　　する以外は利用致しません。また、本人の同意なく第三者への開示または提供は致しません。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 法人名 |  |
| 【勤務先】　〒　TEL（　　　　　）　　　−　　　　　　　　　FAX（　　　　　）　　　−　　　　　 |
| 【ご自宅】　〒 |

【 振 込 口 座 】※法人口座へ支払いの場合は、法人名義の口座をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　 銀行　　 　　　　　　　支店 |
| 預金種類 | □　普　通　　　　　　　　□　当　座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

《 通 信 欄 》

|  |
| --- |
|  |

《 提 出 先 》

一般社団法人 宮崎県精神保健福祉士協会 事務局

**Mail:****sousabi@miyazaki-mhsw.jp**

**※こちらの用紙をPDFにて添付いただくか、HP：**[**https://www.miyazaki-mhsw.jp**](https://www.miyazaki-mhsw.jp)**から、**

**諸届け→振込口座申出書をダウンロードしてメールにてお送りください。**

【TEL】 070-2367-0359　　　【FAX】０９８５−７８−２３２５