入会金分納願

　　年　　月　　日

　公益社団法人佐賀県看護協会

　会　　　　　長　　　　　　　　　　様

施設名

県協会会員番号

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

公益社団法人佐賀県看護協会の入会金を、以下のとおり分納したいので、ご承認くださるようお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 納入予定年度 | 金　　額 |
| １年目 | 　　　　　　　　年度 | 　　　　　　　　　　円 |
| ２年目 | 　　　　　　　　年度 | 　　　　　　　　　　円 |
| ３年目 | 　　　　　　　　年度 | 　　　　　　　　　　円 |
|  | 合　計 | 　　　　　　　　　　円 |