会費納入報告

FAX：０４３－２３９－５４６１

千葉県糖尿病対策推進会議　事務局　行

　下記入金日にて、千葉県糖尿病対策推進会議年会費をまとめて納入したので確認を願う。

**入金日**（西暦）　　　年　　　月　　　日

**振込人名義**

**会費納入者**（枠線内に入金者を箇条書きで良いので記載してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

枠線が足りない場合は、用紙をコピーまたは余白にご記入ください。

ご不明点ありましたら、表面のお問い合わせ先までご連絡ください。