請 求 書

金　　　　　　　　　　　　　　円

　ただし、令和６年度新人看護職員研修事業費補助金（概算払）として、上記金額を支払われたく請求します。

　令和　　年　　月 　日

所在地

名称

開設者（代表者）職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　（　宛　先　）

　　　　　埼玉県知事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記の銀行預金口座に振り替えてください。 | | |
| 区  分 | 銀行 　　　　　 支店 | |
| 普通No. | 当座No. |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 名義人 |  |

※振込先の口座情報が確認できる資料（**通帳の表紙の裏面のコピー）**を添付して

　ください。