**（様式２）**

**年度一般財団法人日本赤十字社看護師同方会**

**看護研究助成金交付請求書**

**年　 　月　 　日**

**一般財団法人日本赤十字社看護師同方会**

 **理事長 　　　　　　　　　　　様**

**研究者所属施設名**

**研究者氏名　　　　　　　　　　　　印**

**年　　月　　日付をもって決定を受けた　　 年度看護研究助成事業に係る**

**助成金の送金を願います。**

**円**

|  |
| --- |
|  **振　　込　　口　　座** |
|  **（フリガナ）****金 融 機 関 名** |  **銀　　行** **信用金庫** **信用組合** |
|  **（フリガナ）** **支　　店　　名** |  **本 店** **支　　店** **出 張 所** |
|  **預　金　種　目** |  **普　通　預　金　（　総　合　）** |
|  **口　座　番　号** |  **店番号 口座番号** |
|  **（フリガナ）** **口 座 名 義 人** |  |

**（注）（１）預金口座は本人名義のものであること**

**（２）誤記入、未記入がある場合は、振込むことができないので、**

**正確に記入のこと**

**（３）個人情報保護のため、助成金交付の目的以外には使用しません。**

**（様式３）**

**年度一般財団法人日本赤十字社看護師同方会**

**看護研究助成金領収書**

 **一般財団法人日本赤十字社看護師同方会**

**理事長 　　　　　　　　　　　　様**

**円**

**年 　 月　　日付交付された看護研究助成金、正に領収しました。**

 **年　 月　　日**

 **研究者所属施設名**

**研究者氏名　 　 　　　　　　 　印**