(書式６)

記入日 　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　日本臨床発達心理士会　御中

**支　払　い　請　求　書**

以下のように業務を行いましたので、下記の通りお支払いください。

■必要事項をご記入ください。口座情報は振込先になります。どちらか選んでご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **自宅住所** | 〒※過去に本法人に登録されている場合は不要です。 |
|
| **E-mailｱﾄﾞﾚｽ** | ※過去に本法人に登録されている場合は不要です。 |
| **会員番号****(会員の場合記入)** |  |
| **業務の内容** |  |
| **実施日又は期間** |  |
| **請求金額** |  |

　※　会場担当者費は1研修会について1万円。HP担当者費は業務内容に基づいて支部長が決めます。

■ゆうちょ、その他銀行(普通または当座)のいずれかを選び振込先情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 以前に本法人に登録した振込先情報を使用する場合は右欄に○を入れてください。口座情報の記入は不要です。 |  |
| **ゆうちょ銀行** | **店番** |  |
| **記号** |  |
| **番号** |  |
| **口座名義****＊カタカナ** |  |
| **その他の銀行** | **銀行名** |  |
| **種別** | [ ] 　普通　　　　　[ ] 　当座 |
| **支店名** |  |
| **番号** |  |
| **口座名義****＊カタカナ** |  |