

公益社団法人 日本理学療法士協会

会 長 半 田 一 登 様

住 所
名 称
代表者 職氏名 印

助 成 金 支 払 請 求 書

2021年 3月 ●日付 日理協●第●号で交付決定を受けた助成金について、下記のとおり請求します。

記

1. 交付決定額 円

2. 振込先

金融機関名		支店名	
口座番号	(普通・当座)		
口座名義	(ふりがな)		

(注：各団体の口座への振込となります。個人口座への振込は出来ません。)

以上