**○○支部 ○○○○年度 第３回**

**「まちの保健室」会計報告　チェックリスト**

「まちの保健室」会計報告する書類について、提出漏れがないかチェック（チェック欄に「✓」を記入）し、提出書類と共に提出してください。

**提出期限　3月末まで（データ提出 3月31日）**

**（書類提出 4月10日）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 郵送 | Email | 提出書類・必要作業 | 備考 |
| チェック | 枚数 | チェック |
| □ |  | □ | 入出金明細書（様式7） |  |
| □ |  | □ | 支部集計表　（様式8） |  |
| □ |  |  | 交通費精算書（様式9） |  |
| □ |  |  | 領収書 |  |
| □ |  |  | 手持ち現金全額入金後の通帳コピー |  |

【報告者】

所属施設

氏　　名

連絡先（TEL）

連絡先（Email）

【提出先】

公益社団法人兵庫県看護協会　「まちの保健室」担当

〒650-0011　神戸市中央区下山手通5-6-24

TEL：078-341-0255　Email：machiho@hna.or.jp