

見本 下記の請求書が必要な場合は、事務局まで御連絡ください。 ⑨

請

求

書

年 月 日

_____様

全国病弱虚弱教育研究連盟

理事長

印

○

○

下記のとおりご請求申し上げます。

金_____円也

ただし、令和7年度 全病連学校負担金として

郵便振替		銀行振込	
口座番号	00700-5-70180	取引銀行	常陽銀行 友部支店(店番078)
加入者名	全国病弱虚弱教育研究連盟	口座番号	普通預金 1747620
		名 義	全国病弱虚弱教育研究連盟
			理事長 栗木 理伸(クリキ マサノブ)

事務局	〒309-1703
	茨城県笠間市鯉淵6528番地1 茨城県立友部東特別支援学校

--	--