

専務	給与	経理	事務長	申請者

宮崎医療生活協同組合 本部 経理御中

懇親会費などの支払申請及び給与引去り申請書

- () 請求書を添付しますので支払いをお願いします。
給与引去り等の処理をお願いします。
- () 領収書を添付します。
給与引去り等の処理をお願いします。

開催日		年	月	日	備考欄
申請者	院所名				
	氏名				
懇親会等の名称(内容)					
懇親会等の会場					
請求書又は領収書の金額				円	
給与引去りの金額(1名分)				円	
院所名	生協病院				
給与引去りの職員名					
全額法人負担の方の氏名					
負担職員の名ない					

注)

- ①仮払いで先に支払いを受けている場合は、「仮払精算書」にこの用紙を添付して申請してください。
- ②給与支払日は毎月25日です。この申請書の提出日によっては給与引去りが翌月になる場合があります。
- ③自己負担額については「懇親会費などの自己負担に関する規則」を参照してください。