

会 長	専務理事	常任理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	係員

(支部役員委員用)

旅 費 請 求 書

記入例

支部名 ○ ○ 支部

注意：旅費は協会事務局で直接
支払いますので、速やかに提出願います。

令和 7 年 * 月 ** 日

申請者(支部長又は代表者) 宮城 花子 (印)

宮城県看護協会 様 ※支部役員・委員に限る

会計区分	公益事業会計		収益事業会計		法人会計	
	☐	1.まちの保健室	会計区分は必ずチェック願います。		支部総会	
	☐	1.看護週間			支部役員会	
	☒	2.教育研修			支部委員会	
	☐	7.地域ネットワーク			事務費	
☐	その他	☐				
会議または事業名	(支部役員会)				役員会と研修会など1日で併用して実施した場合には、どちらか主となる事業について記入願います。	
会議または事業場所	(○○センター)					
日 時	令和 7 年 7 月 15 日 13 時 30 分 から 令和 7 年 7 月 15 日 15 時 30 分 まで					
日当額	☒	2,000円 (会議または業務時間 4時間未満)				
	☐	3,000円 (会議または業務時間 4時間以上)				

氏 名	施 設 名	日 当	交通費	計	出席者署名 (省略不可)
仙台 ○子	○○病院	2,000	360	2,360	仙台 ○子
仙北 ○美	○○○訪問看護ステーション	2,000	460	2,460	仙北 ○美
仙南 ○代	○○保健事務所	2,000	200	2,200	仙南 ○代
泉 ○子	○○クリニック	2,000	540	2,540	泉 ○子
太白 ○香	○○○病院	2,000	220	2,220	太白 ○香
	所属施設から会場までの公共交通機関を利用した場合の往復の金額となります。 公共交通機関を利用せず、自家用車を使用した場合は1キロメートルあたり30円で往復の旅費を計算します。 (1キロメートル未満に端数が生じた場合にはそれを切り捨てる)				
					出席者は必ずフルネーム で署名願います。
					この用紙を協会事務局へ郵送願 います。 事務局から直接ご本人の口座へ 送金します。
計					

事務局使用欄	受付日 令和 年 月 日	送金日 令和 年 月 日
	支給人数 名	支給額計 円