様式５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 実習受入事業所　→　県社協

**（※3月4日までに原本を必ず提出）**

**（※捺印は役職印や法人、事業所の公印を押印すること）**

福島県介護支援専門員実務研修　見学・観察実習

実習受入費用請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福島県社会福祉協議会 会長　様

　　　　　　　　　　　　　　住所　　〒　　　 －

　　　　　　　　　　　　　　　　法人名・事業所名　　　　　　　　　　　　　印

（管理者名　　　　　　　　　　　　　）

介護支援専門員実務研修の実習費用について、つぎのとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円 | （実習受入人数　　　名×＠3,000円） |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  |
| 支 店 名 |  |
| 口座番号 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フ リ ガ ナ口座名義 |  |
| 担当者氏名 |  | 連絡先（電話番号） |
|  |

**※通帳の写しを添付してください。**