様式第１号

 必ず受講者のIDが付与されてから振込みを行ってください

滋賀県社会福祉研修センター行

ＦＡＸ　077-567-3910

令和４年度 滋賀県認知症介護基礎研修 ｅラーニング

受講料送金連絡票（事業所名送金用）

標記研修受講者の送金について、下記の通り連絡します。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 令和４年度　認知症介護基礎研修　ｅラーニング |
| 事業所名称 |  |
| 事業所コード |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  |
| 代表電話番号 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者部署・お名前 |  |

対象受講者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受講者ID （１１ケタ） ※必ず記入してください | 受講者氏名 |
| １  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １０  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込人名義（カナ） |  |
| 振込み（予定）日 | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |  |
| 振込み金額合計 |  | 名分 | × | 3,000円 | ＝ |  | 円 |