

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