

令和4年度 滋賀県認知症介護研修
受講料送金連絡票

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 4 年 月 日

研修名 ※該当する研修に ☑してください	<input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修(eラーニング)	3,000 円
	<input type="checkbox"/> 認知症介護基礎研修(集合)	3,000 円
	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修	19,200 円
	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修	20,640 円

事業所名	
担当者電話番号	
担当者名	

※入金のお問い合わせをすることがあります

対象受講者

	受講者 ID (11ケタ) または受講番号 ※左づめで記入してください	受講者氏名(所属)
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 4 年 月 日
振込み金額合計	円 × 名分 = 円
	円 × 名分 = 円
	合計 円

※1回の振込みの内容がわかるよう記入してください