

(例) 1事業所より振込み

様式第1号

必ず受講者 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6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

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6年度 認知症介護基礎研修 eラーニング									
事業所名称	特別養護老人ホーム けんしゃきょう									
事業所コード	D	C	T	-	1	2	3	4	5	6
代表電話番号	077-567-3927									
担当者電話番号	同上 ※お問い合わせをさせていただくことがあります									
担当者部署・お名前	研修 花子 窓口となるご担当者様名とお電話番号をご記入ください									

※1法人(会社)で、複数の事業所職員の受講料を振込む場合は、代表の事業所コードを記入してください。

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	1	2	5	0	0	0	●	●	●	●	●	社協 びわ子
2	1	2	5	0	0	0	●	●	●	●	●	基礎 太郎
3												
4												
5	受講申し込みされた方の ID とお名前を記入してください											
6												
7												
8												
9												
10												

振込人名義(カナ)	トクヨウ ケンシャキョウ	※振込に利用される口座名義をご記入ください (受け取り側に表示されます)
振込み(予定)日	令和 6 年 4 月 22 日	※振込予定日をご記入ください
振込み金額合計	2 名分 × 3,000 円 =	6,000 円

振込合計金額をご記入ください

※振込人名義欄は、受取り側(県社協)に表示される振込人名(受講者名に変更される場合は受講者名)を記入してください。

(例) 複数の事業所分をまとめて振込み

様式第1号

必ず受講者 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6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

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6年度 認知症介護基礎研修 eラーニング									
事業所名称	社会福祉法人 滋賀県社協 ※法人名または代表となる事業所を記入してください									
事業所コード	D	C	T	-						
代表電話番号	077-567-3927									
担当者電話番号	同上 ※お問い合わせをさせていただくことがあります									
担当者部署・お名前	研修 花子 窓口となるご担当者様名とお電話番号をご記入ください									

※1法人(会社)で、複数の事業所職員の受講料を振込む場合は、代表の事業所コードを記入してください。

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	1	2	5	0	0	0	●	●	●	●	●	社協 びわ子
2	1	2	5	0	0	0	●	●	●	●	●	基礎 太郎
3	1	2	5	0	0	0	●	●	●	●	●	研修 花子
4												
5	受講申し込みされた方の ID とお名前を記入してください											
6												
7												
8												
9												
10												

振込人名義(カナ)	フク シガケンシャキョウ	※振込に利用される口座名義をご記入ください (受け取り側に表示されます)
振込み(予定)日	令和 6 年 4 月 22 日	※振込予定日をご記入ください
振込み金額合計	3 名分 × 3,000 円 =	9,000 円

振込合計金額をご記入ください

※振込人名義欄は、受取り側(県社協)に表示される振込人名(受講者名に変更される場合は受講者名)を記入してください。