※管理番号：

**（一社）日本ALS協会岩手県支部**

様式9

**介護職員等医療的ケア第3号研修実地研修委託費請求書（提出用）**

日本ALS協会岩手県支部　支部長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出日）（西暦）　　　年　　　月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所長名：　　　　　　　　　　　印

第3号実地研修における指導が終了いたしましたので、下記のとおり実地指導料をご請求いたします。

　　請求金額合計　　　　　　円

（内訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受講者番号 | 受講者名 | 特定の利用者名 | 実地研修費用 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

【振込先】

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行 |
| 支店名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店・本店 |
| 種別 | 　　　　　　　　普通　　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

※【研修事務局記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理NO. | 書類受理日　　　　 年 　月　 　日　　印 | 振込日　　　　年　 　月　 　日　　　印 |

指導事業所→　日本ALS協会岩手県支部