

※管理番号：_____

日本 ALS 協会岩手県支部
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）

様式 9

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
--------	---------------	-------------