様式　６

請　　　求　　　書

金　     　円也

ただし、令和４年度 奈良県介護支援専門員実務研修実習指導料として

　上記のとおり請求致します。

令和　   年    月    日

　社会福祉法人　奈良県社会福祉協議会　会長　殿

所在地　

法人名

代表者氏名

印

　 （事業所名　     　 担当者名　     　）

|  |  |
| --- | --- |
| **振　　込　　先　　口　　座** | |
|  | 銀行　　　     　支店 |
|  | 普通預金　　・　　 当座預金 |
| 口　座　番　号 |  |
|  |  |
|  |  |

**※請求の際、必ず上記振込先口座の通帳(写)を添付してください。**