

請 求 書

金 円 也

(実習生1名につき2,000円)

ただし、令和5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

(事業所名

担当者名

印

)

振 込 先 口 座	
金融機関名	銀行 支店
預金種別	普通預金 ・ 当座預金
口座番号	
フリガナ	
口座名義	
インボイス登録の有無	有 ・ 無
インボイス登録番号	

※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。

※「<様式5>実習実施報告書と<様式7-①②>実習記録用紙」を併せて送付ください。