

(様式4)

口座振替依頼書

介護職員等によるたんの吸引等実施研修事業

「第三号研修・特定の者対象」(実地研修)

| | |
|---------|---|
| 振込先金融機関 | 銀行 () 支店 () 銀行コードが分かれば記入願います(通帳に記載されています) |
| 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他() |
| 口座番号 | NO. |
| フリガナ | |
| 口座名義 | |

実地研修指導料の支払いは、上記の口座に振り込んでください。

平成 年 月 日

郵便番号 ()

実地研修指導者住所 _____

実地研修指導者氏名 _____ 印

連絡先電話番号 _____

一般社団法人茨城県介護福祉士会 殿

(注1) 振込先金融機関は、郵便局以外の金融機関を指定してください。

(注2) 振込口座は、必ず本人(個人)名義の口座を指定してください。

(注3) 本人以外の口座振込は委任状(様式5)が必要です。