

(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。