

請 求 書

金 円也

但し、2019年度福祉の職場体験事業謝金として
@ 4, 500円×合計 ____日

体験者氏名 (体験日数)

① (日)	② (日)
③ (日)	④ (日)
⑤ (日)	⑥ (日)

※法人・会社名が同じ場合でも、体験を終了した施設ごとに請求書の御提出をお願いいたします。

年 月 日

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
会 長 神 原 啓 文 様

所 在 地
名 称
代表者名 印
(体験施設名)

振込先

金融機関 番 号		本店・支店 番 号	
金融機関名		本 店	本店 (○で囲んでください)
		支 店 名	支店
預金種類			
預金番号			
(フリガナ) 名 義			

