静岡県社会福祉人材センター　研修課 行

fax：054-272-8831

**研修受講料払込連絡票**

提出日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 払込日 | 月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 研修名   （短縮表記可） | 1. 受講者氏名   （フルネーム） | 1. 振込金額 |
| 1人目 |  |  |  |
| 2人目 |  |  |  |
| 3人目 |  |  |  |
| 4人目 |  |  |  |
| 5人目 |  |  |  |
| 連絡事項  （なにかございましたら） |  | | |

・払込日ごとFAXをお願いいたします（払込後2日以内にご送付ください）

・送付文は不要です。

・記載しきれない場合は、2枚目を作成してください。

|  |
| --- |
| 社会福祉法人静岡県社会福祉協議会 |
| 〒420-0856 |
| 静岡県静岡市葵区駿府町１番70号 |
| 静岡県社会福祉人材センター研修課 |
| TEL：054-271-2174 ／ FAX：054-272-8831 |