

記入例



送付先 FAXの方 048-813-2552
 メールの方 saitama@kaigo-center.or.jp

令和5年度 埼玉県認知症介護基礎研修 eラーニング申込書

標記研修について、次のとおり請求書の発行を希望します。

令和 **5** 年 **4** 月 **3** 日

研修名	令和5年度 埼玉県認知症介護基礎研修 eラーニング										
サイト登録情報	指定事業所名称	特別養護老人ホーム コバトンの杜									
	事業所コード (受講申込時発行)	D	C	T	-	2	0	A	B	3	W
	事業所電話番号	(048)		-	999		-	9999			
請求書関係	請求書(兼払込取扱票) 郵送先住所	〒 【注意!】 この部分は「受講料を支払いする方」の情報を記載します。ここに記載した住所・宛名に「請求書」が届きます。 ・事業所が支払う場合→事業所(法人)の住所と事業所名(法人名)を記載 ・従業員(個人)が払う場合→ご自宅の住所と個人名を記載									
	請求書発行のお宛名	○ ※受講料お支払いの際は、上記名義でのお振込みをお願いします。									
	電話番号	(048)		-	999		-	9999			
	担当者部署・お名前	経理部 小波渡 次郎									
	受講料合計	4 名分 × 1,700円 =				6,800円		←自動計算			

< 受講者一覧 >

	受講者氏名(漢字)	受講者氏名(フリガナ)		受講者氏名(漢字)	受講者氏名(フリガナ)
1	伊藤 健太	イトウ ケンタ	11		
2	山本 葵	ヤマモト アオイ	12		
3	中村 達也	ナカムラ タツヤ	13		
4	小林 美穂	コバヤシ ミホ	14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

- ・ 受講料は、1名につき1,700円です(支払に係る手数料はご負担ください)。
- ・ 21名以上の場合は右下の部分に1/2ページ,2/2ページなど、分かるように記入しお送りください