

介護施設の職場体験受入費用請求書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

法人名	
施設名	
施設長名	(公印)
記入者 役職・氏名	
電話番号	

本施設・事業所において、介護施設の職場体験が終了しましたので、体験受入費用を請求します。

A 総括表

体験者総数	人	延体験日数	日間
請求金額	円 (一人1日あたり4,000円 × 延体験日数 日)		

B 振込口座

受入費用 振込先口座	フリガナ _____	フリガナ _____
	_____ 銀行	_____ 支店
	(普通 ・ 当座) 口座番号 _____	
	フリガナ _____ 名 義 _____	
備 考		