**介護等体験年間受入申込書**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 地域コード  【　別表②参照　】 |  | 種別コード  【　別表③参照　】 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　 　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　※学生用の駐車場は（　有　・　無　） |
| TEL |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設長名 |  |
| 担当者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 体験費用  振込口座 | **【　通帳の表紙裏面のコピーを添付してください（ＦＡＸ可）　】**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 支店  口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　【チェックお願いします　普通・　当座　】　**⇓　⇓　通帳の表紙裏面にカタカナ文字で印字されている　⇓　⇓**  カタカナの口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |

　♢*カタカナ名義が異なる場合、【半角スペースの有無 ・ 大文字小文字の差違「例」シヤまたはシャ ・ 略称の差違「例」カブまたはカ）】送金エラーとなるため、通帳コピーの添付・FAXをお願い致します。*

*♢申込書をメールに添付いただく際は、PDFに変換せず、Wordデータのまま添付をお願い致します。*