

(様式 4-2)

講師謝礼金等口座振替依頼書 (法人用)

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 御中

〈申込者〉

年 月 日

法人名	
ご住所	〒
電話番号	— —

○認知症サポーター養成講座における講師謝礼の支払いについて、下記の口座へ振替えてください。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承認します。

銀行名		支店
預金種目	1 普通	口座番号
	2 当座	
口座名義	フリガナ	

- ① ご指定の口座は法人名義のものをご記入ください。
口座名義、フリガナは正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ② 本様式については、郵送または持参にて取り扱い下さいますようお願いいたします。
- ③ **本様式については、すでに一度ご提出いただいている場合も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。**

※開催実施後、速やかに

これまでに本様式を提出いただいている場合も、4月1日以降の講座で謝礼の支払いがある場合、あらためてご提出ください

新潟市福祉部 地域包括ケア推進課
【書類提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局
(新潟県介護福祉士会)

〒950-0994

新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5531

FAX : 025-281-7710

E-mail : kaigo@sage.ocn.ne.jp