（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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

１普通　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。

1. 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。
2. 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，速やかにご提出下さいますようお願いいたします。

**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