

# 記入例



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

## 令和6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 6 年 5 月 1 日

研 修 名	令和6年度 埼玉県認知症介護基礎研修 eラーニング										
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 ) - 9000 - 9000									
請 求 書 関 係	請求書(兼払込取扱票) 郵送先住所	〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 特別養護老人ホーム コバトンの杜									
	請求書発行のお宛名	特別養護老人ホーム コバトンの杜 <small>※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。</small>									
	電話番号	( 048 ) - 9000 - 9000									
	FAX番号	049 ) - 9001 - 9001									
	研修担当者お名前	経理部 小波渡 次郎									
	受講料合計	6 名分 × 1,700円 =				10,200円		←自動計算			

- ・ 請求書郵送先は、施設名まで明記する、など郵便物が届くようにお願いします。
- ・ 受講料は、1名につき1,700円です。振込みに係る手数料はご負担ください。
- ・ 受講者は、事業所で取りまとめの上、ご送付くださいますよう、お願いいたします。
- ・ 領収書は、金融機関等の払込票をもって代えさせていただきます。

### < 受 講 者 - 覧 >

	受講者氏名	(フリガナ)		受講者氏名	(フリガナ)
1	伊藤 健太	イトウ ケンタ	8		
2	山本 葵	ヤマモト アオイ	9	アルファベットの表記は、 記載があっても無くても どちらでも良いです。カタカナ の表記を確実にお願いします。	
3	中村 達也	ナカムラ タツヤ	10		
4	SATRIO MAYA BUANA	サトリオ マヤ ブアナ	11		
5	インタン イスデボラ	インタン イスデボラ	12		
6	チャン・ティ・エム・クワン	チャン・ティ・エム・クワン	13		
7			14		

外国の方は、必ずカタカナ名ではっきりと記載ください。  
 15名以上は、右下部分に1/2ページ,2/2ページなどとし  
 お送りください。