

# 謝金振込み依頼書

年 月 日

東松山市社会福祉協議会  
会長 金子 守 宛

(実地研修協力機関)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

カタカナ  
協力機関名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

東松山市社会福祉協議会が開催する「介護職員等による喀痰吸引等の実施のための研修」における実地研修の謝金について、下記口座に振込を依頼します。

## 記

口座名義							
カタカナ							
金融機関	銀行 ・ 信用金庫						
	信用組合						
	その他 ( )						
	支店						
預金種別	普通	口座番号					

※口座番号は右詰で記入してください。