**【受講費用請求書について】**

　令和６年度福島県認知症介護実践リーダー研修については、下記により期日まで振り込みいただき、**振り込んだ日に別紙ＦＡＸ送信票に必要事項を記入して、福島県認知症介護指導者連絡会にＦＡＸしてください。**

○ＦＡＸ送信先

**一般財団法人 福島県認知症介護指導者連絡会**

**登録番号T８３８０００５０１２０９４**

**FAX番号：０２４８－２１－６０６６** （福島県認知症介護指導者連絡会）

　問い合わせ先電話： ０２４８－２５－３２５６

**○受講費用**　：　受講者１人当たり４５，０００円（消費税額４，０９１円込）

|  |
| --- |
| 振込先：東邦銀行　新白河支店 口座種別： 普通預金 　　　　　　　　　　口座番号： ３５８５０７ 口座名義 　 　　　　　　 　 　 |

**○振り込み期限**

**令和　６年*７月２２日（月）*まで**

**○受講料支払について**

**・受講決定通知を受けた時点で受講料は発生します。**

**・無断キャンセルや不払いのないようお願い致します。**

**キャンセルの際は速やかに研修運営事務所（０２４８－２５－３２５６）に**

**受講決定通知に理由記載し、連絡をして下さい。**

**○受講料の返還について**

**・主催者の判断で中止等を決定した場合、受講料は返金いたします。**

**・振り込み期限後の受講者側の事情による辞退については、一切返金対応は**

**ありません。**

・上記の点ご理解のうえ、ご対応をお願います。

**○その他**

　・振込手数料は、振込者負担となりますのでご了承ください。

　・*送金する際の送金者名欄には、****必ず受講者番号****と****所属施設・事業所名*を記載**してください。(通帳に全部載らずどこからの送金かわからなくなるため)

* 受講費用を振り込んだ際の控えをもって、領収書といたしますので大切に保管してください。

裏面　FAX送信票あり

FAX**送信票**

**（振込当日にFAX送信してください。）**

**令和６年度福島県認知症介護実践リーダー研修**

**受講費用について**

**ＦＡＸ送信先**

**FAX番号：０２４８－２１－６０６６** （認知症介護指導者連絡会）

　　お間違えのないよう確信して送信してください。

認知症介護実践リーダー研修受講者所属施設・事業所名等

　法 　　人　　 名 ：

　受講者所属施設・事業所 ：

　　　　　　　　　　電　話：

　振込実施者氏名　　：　　　　　　　　　　　電話番号：

　認知症介護実践リーダー研修参加者名

　 (**受講決定通知に記載された受付番号を□に必ず記入**)

　受講者名　　受講№　　　　　　　氏名：

 　　　　 　　受講№　　　　　　　氏名：

 　受講№ 　　　　　 　氏名：

 　受講№ 　　　　　 　氏名：

 　受講№ 　　　　　 　氏名：

 合 計　　　　　　　　　円（４５，０００円（税込）×　　名分）

上記の研修費用を令和　　年＿＿月＿＿日に下記口座に振り込みました。

　・振込前ではなく、振込と同日にFAX送信してください。

|  |
| --- |
|  　振込先：東邦銀行　新白河支店 口 座種別： 普通預金 　　　　　口 座番号： ３５８５０７ 口 座名義 　  　　　　 　 |
|