

※研修機関記載欄 ☐ 主任介護支援専門員研修  
☐ 主任介護支援専門員更新研修

様式 2

介護支援専門員法定研修負担軽減事業費補助金振込口座届

一般社団法人 神奈川県介護支援専門員協会

理事長 殿

【提出先】

〒231-0023

神奈川県横浜市中区山下町 23 番地 日土地山下町ビル 9 階

以下のとおり届出します。

受講番号	
フリガナ	
受講者 氏名	

振込口座

フリガナ	
口座名義人	
銀行名	
支店名	
口座番号	
預金種別	普通・当座 ※該当する口座に○を入れてください。

※受講料返金の振込口座は受講者本人、事業所かは問いません。

※預金通帳の表紙を開いた直後の 1 ページ目をコピーして添付してください。(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義、口座名義のフリガナがわかるページ)。

※記載内容の誤りによる振り込みが出来なかった場合には手数料を差し引いて振込いたします。