**送付先FAX　０２５－２８１－５５０４**　　新潟県社会福祉士会事務局　行

**２０２０年度　成年後見人材育成研修（委託研修／オンライン）に関する連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| **受講者氏名** |  |
| **受講番号** |  |

**■請求書や領収証が必要な場合は下記にご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 必要な書類 | □請求書　　□領収証 |
| 書類の宛名 |  |
| 費目等 | □参加費　　□受講費　　□資料代　　□その他→（　　　　　　　　　　） |
| 書類の送付先 | 〒  （ご担当者名：　　　　　　　　） |

**■振込名義人等**

法人・施設名等で複数名分をまとめてお振込みされる場合は、下記にご記入のうえ送付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込名義人名 |  |
| 振込日（予定） |  |

**■受講のキャンセル**

受講をキャンセルされる場合は下記にチェック・ご記入のうえ送付してください。

□ **受講をキャンセルします（申出日：　　年　　月　　日）**【受講費の返金先（振込先）は下記】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | フリガナ | | |
|  | | |

※キャンセルによる受講費返金時の振込手数料は受講者負担となりますのでご了承ください。キャンセル料と振込手数料を差し引いた金額をお振込みいたします。