

様式5 (体験者→滋賀県介護・福祉人材センター)

かいご・ふくし助成金付きインターンシップ 助成金  
口座振込先 連絡票

年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

本事業に伴う、助成金の振込先の口座をご連絡いたします。

体験者住所 \_\_\_\_\_

体験者氏名 \_\_\_\_\_

体験先 施設・事業所名 \_\_\_\_\_

体験期間 \_\_\_\_\_

振込先

銀行		支店
普通・当座		口座番号
名 義	フリガナ	