

秋田県介護職員等によるたんの吸引等研修(特定の者対象)

請 求 書

年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

会長

(請求者) 所 在 地

事業所名

代表者名

印

秋田県介護職員等によるたんの吸引等研修(特定の者対象)実地研修指導看護師の指導費用として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

請 求 内 訳				
	指導看護師氏名	研修受講者氏名	対象利用者氏名	金額
A			1	
			2	
			3	
B			1	
			2	
			3	
C			1	
			2	
			3	
D			1	
			2	
			3	
(A+B+C+D) 合計				

10,000 × 人 = 円

※指導看護師が秋田県介護職員等によるたんの吸引等研修(特定の者対象)実地研修において介護職員等に対する実地研修指導・評価を行った場合、対象利用者1人と介護職員1人につき10,000円の単価で計算する。

◆振込先口座◆

銀行名	支店名
預金種目	口座番号
ふりがな(必ずご記入ください) 口座名義	