**送付先：兵庫県社会福祉士会事務局 胡中宛**

**FAX：０７８－２６５－１３４０**

**E-mail：konaka@hacsw.or.jp**

年 　 月 　日

　　　　　受講者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

**令和２年度医療的ケア児等コーディネーター養成研修**

**受講料返金振込先口座指定書**

　　下記の口座に振り込みを指定します。

振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | フリガナ | 　 |
| 金融機関名 | 銀行金庫 | 支店名 | 支店 |
| ＊ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番号を支店名に記載してください。 |
| 口 座 種 別 | 普通　・　当座 |
| 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ）30字以内  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ＊同一法人（事業所）等から複数名申し込まれ、合算での返金でも大丈夫な場合は、下記に⭕をつけてください。合算での振込可受講者名（全員分）： |