**介護等体験年間受入計画書**

令和６年　　　　年　　　　月　　　　日

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 地域コード【　別表②参照　】 |  | 種別コード【　別表③参照　】 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　 　－　　  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　※学生用の駐車場は（　有　・　無　） |
| TEL |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設長名 |  |
| 担当者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 体験費用振込口座 | **【　通帳の表紙裏面のコピーを添付してください（ＦＡＸ可）　】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 支店口座番号　　　　　　　　　　　　　【チェックお願いします　[ ] 普通・　[ ] 当座　】フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| **※データ送付の際は、PDFに変換せず、Word・Excelデータのまま送付をお願い致します。****※決定通知書は原則パスワード付メールで送付します。郵送希望の場合はチェックをお願いします**[ ]  |