

請求書

金 円也(税込)

(消費税 10% 円)

但し、令和6年度福祉の職場体験事業謝金として
@ 4,500円(税込) × 合計 _____日

体験者数及び体験日程

_____人(計 _____日)

(体験者氏名等明細は別紙のとおり)

※法人・会社名が同じ場合でも、体験を終了した施設ごとに請求書の御提出をお願いいたします。

年 月 日

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
会長 神原啓文様

所在地
名称
代表者名
(体験施設名 _____)

<適格請求書発行事業者登録番号>

※どちらかに○をつけ、登録ありの場合は番号を御記入ください。

- ・登録あり T
- ・登録なし

発行責任者	職名・氏名	
担当者	所属・氏名	
	連絡先	

<振込先>

金融機関名	本店	本店(○で囲んでください)	
	支店名	支店	
預金種類	預金番号		
(フリガナ) 名 義			

福祉の職場体験事業 体験者一覧

法人名
 代表者名
 (体験施設名)

	氏名	日程	日数
1			計 日
2			計 日
3			計 日
4			計 日
5			計 日
6			計 日
7			計 日
8			計 日
9			計 日
10			計 日
11			計 日
12			計 日
13			計 日
14			計 日
15			計 日
16			計 日
17			計 日
18			計 日
19			計 日
20			計 日

本書は 年 月 日付 請求書の体験者氏名等の明細であることを証明します。

発行責任者	職名・氏名	
担当者	所属・氏名	
	連絡先	