

請 求 書
金 円也(税込)

(消費税 10% 円)

但し、令和7年度福祉の職場体験事業謝金として
@ 4, 5 0 0 円(税込) × 合計 ____ 日

体験者氏名及び体験日程

①	(計 日)
②	(計 日)
③	(計 日)

※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。

令和 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 _____
- ・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			