

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 山 本 た つ 子 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	