**アセッサー講習 受講料支援 申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所･施設名 |  |
| 事業所･施設所在地 |  |
| 事業所･施設TEL |  |
| 事業所･施設FAX |  |
| 事業所･施設回答責任者 |  |
| 受講者 |  |

 　※施設に所属していることが支援条件になります。

＊　シルバーサービス振興会に既に送金済みの受講料について、

支援（２万円）を希望します。

　　　　　　・支援金の送金先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　銀行 | 支店 | 普通　　当座 |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |
| 口座番号 |  |

※　支援は本講習の修了証のコピー提出(FAXで結構です。)と、

口座名義が施設であることが条件になります。

※　申込書は、令和4年1月20日(木)までにFAXにてお送りください。

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　事務局

TEL 027-233-0350　FAX 027-233-0599

E-mail gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp