**令和4年度 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･施設種類 |  |
| 事業所･施設TEL |  |
| 事業所･施設FAX |  |
| 事業所･施設回答責任者氏名 |  |
| 受講者氏名 |  |

 **※施設に所属していることが支援条件になります。**

　　　　　　　　※｢事業所･施設種類｣欄には、老人保健施設、特別養護老人ﾎｰﾑ、有料老人ﾎｰﾑ、

ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ等とご記入下さい。

**＊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。**

**※「第1期(受講期間：10月上旬から12月上旬)」分は11月25日(金)までに、**

**「第2期(受講期間：12月上旬から2月下旬)」分は令和5年1月31日(火)までにFAX(027-233-0599)にて送付して下さい。**

**FAX送信が済みましたら、必ず着信確認のTEL(027-233-0350)をお願いいたします。**

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