**令和６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、**

**支援金（２万円）を希望します。**

　　　　　　・支援金の振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。**

* **この申込書の提出期限は令和７年１月３１日(金)です。**
* **ただし、先着２５名様に達した時点で締め切りとなります。**
* **提出はFAXにて、「027-233-0599」へ送信してください。**

**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