（別紙様式10）

　　　　　　第　　　号

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会事務局長　様

　大学（　　　学部）　長　　　印

担当部署：

担当者名：

連絡先：

介護等体験実施に伴う費用の送金について

岩社経営発第　　　号で通知のありました介護等体験実施に伴う費用を、下記のとおり送金します。

記

１　送金額　　　　　　　　　円

２　送金内訳　別紙のとおり

(様式10　別紙)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏　名 | 性別 | 学年 | 所属学部(学科) | 実　施　期　間 | 体験費用（円） |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  |  |  |  |  | ・　　・　　～・　　・　　　 |  |
|  | 合　　計 | 円 |