令和7年度　兵庫県在宅看護体制機能強化事業

「看看連携研修」及び「看護管理者のための訪問看護研修」

**研修指導料請求書**

令和　　年　　月　　日

　公益社団法人 兵庫県看護協会

会長　　丸山　美津子　様

施設名

インボイスNo.　T

　（課税事業者登録をされている場合はご記入ください）

住　　所

電話番号

代表者氏名

下記のとおり研修指導料を請求いたします。

１　研修実績

1日研修（2,500円）　人数（　　　　　）名　→　計（　　　　　　　　）円

2日研修（5,000円）　人数（　　　　　）名　→　計（　　　　　　　　）円

3日研修（7,500円）　人数（　　　　　）名　→　計（　　　　　　　　）円

※1名につき1日　2,500円

**合計金額　　　　　　　　　　円**

　　　研修参加者氏名　　　　　　　　　　　　　　（消費税8％　　　0円）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

（消費税10％　　　 円）

合計金額×10÷110　小数点以下切捨て

※4名以上の場合は、別紙に記載してください。（別紙の様式は問いません）

２　振込口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 | １　普通　　　２　当座 |
| 口座番号 |  |
| (フリガナ)  口座名義人 |  |

※**すべての研修終了後２週間以内に郵送**をお願いいたします。