

年 月 日

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会会長 様

受入施設名  
施設長名

印

福祉のしごとインターンシップ受入証明・費用請求書

このことについて、下記のとおり学生を受入れましたので、報告します。

記

1 学生の氏名・体験期間

学生氏名	体 験 期 間
	H31 / ~ / 日間
	H31 / ~ / 日間
	H31 / ~ / 日間

2 受入費用の請求金額（受入にあたって経費が発生した場合は、下記に記入してください。）

金 円

<受入費用の請求金額内訳>

項目	金額	摘要
	円	
	円	
	円	
合計	円	

(参考) 受入費用について ※下記上限金額以内でご請求してください。

上限金額	1, 100円/日 × 体験日数 × 学生数
------	------------------------

<受入費用の振込口座>

金融機関名	銀行	支店・出張所
口座番号	普・当	No.
フリガナ		
名 義		