

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業 実施要項

1 目的

福祉・介護の仕事に関心がある方を対象に、実際の現場を知ることにより、福祉・介護の仕事に対する新たな気づきを得る機会を提供し、就労への意欲を喚起することを目的とする。

2 主催

茨城県、社会福祉法人茨城県社会福祉協議会

3 対象者

福祉・介護の仕事に関心がある小学5年生以上の方

(小学生は保護者同伴とし、中学生・高校生は保護者の同意を得るものとする。)

4 実施期間

職場見学・体験の受付期間は、令和6年6月24日から令和7年2月28日までとする。

職場見学・体験の実施期間は、令和6年7月1日から令和7年3月15日までとする。

5 実施施設

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会（以下、「本会」という。）の茨城県福祉人材センターに事業所登録している茨城県内の事業所（以下、「実施施設」という。）

6 見学・体験日数・時間・人数

(1) 見学コース 概ね2時間程度で通算2回までとする。

(2) 体験コース 概ね4～6時間程度で通算10日までとする（通算10日以内であれば複数の事業所での体験を可能とする。ただし、夜勤・宿直は行わないものとする）。

(3) 職場見学・体験を希望する者（以下、「申込者」という。）の受入人数は、予算の範囲内とする。

7 実施内容

(1) 見学コース

ア オリエンテーション（施設概要や役割、仕事内容、やりがいなどについて等）

イ 見学

ウ 施設職員との懇談

(2) 体験コース

ア オリエンテーション（施設概要、利用者の方との接し方、施設内のルール、1日の流れ、施設見学、注意事項などの確認等）

イ 体験（利用者との交流など）

ウ 振り返り、施設職員との懇談

※実施施設は、体験内容を検討する際、申込者の希望を考慮すること。

8 申込者参加費用等

- (1) 申込者の参加費用は無料とする。ただし、次にかかる経費については申込者の負担とする。
 - ア 申込者の食費や被服費など
 - イ 細菌検査（検便）や健康診断等を求められた場合には、その際に発生する費用
 - ウ 実施施設への往復交通費
- (2) 申込者の職場見学・体験にかかる賃金は無給とする。

9 申込者の手続き方法

- (1) 申込者は、希望内容等を本会ホームページ内に設置する申込みフォーム又は申込書（様式第1号）により本会に申し込む。
- (2) 見学・体験希望者が小・中学生又は高校生で、学校単位での申込みを行う際には、学校取りまとめ用申込書（様式第2号）に申込書（様式第1号）を人数分添えて本会あてに提出する。
- (3) 本会は、申込者と実施施設との日程調整を行い、調整後、様式第3号により通知する。
なお、申込者自身が実施施設と日程調整を行うことも可能とする。
- (4) 申込者は、見学・体験終了後、速やかに終了報告書兼アンケート（様式第4号）により、本会に報告する。また、学校単位での申込者は、様式第4号を学校担当者に提出のうえ、学校担当者がまとめて本会に報告する。

10 実施施設の受入手続き方法

- (1) 本会は、申込者からの申込みに基づき、実施施設と日程調整を行う。ただし、申込者と実施施設との間で直接日程調整することを妨げない。
- (2) 申込者の受け入れを希望する実施施設は、事前に本会ホームページ内に設置する申込みフォーム又は受入内容確認書（様式第5号）により本会に通知する。
- (3) 本会は、申込者と実施施設との調整を行い、調整後、様式第6号により実施施設に通知する。
- (4) 実施施設は、見学・体験終了後速やかに実施結果報告書（様式第7号）により本会に報告する。
- (5) 本会は、実施結果報告書の内容を確認のうえ、実施施設の受入に要した経費として、職場見学・体験受入1人につき1日あたり1,500円を実施施設に支払う。
なお、経費の支払い時期は、四半期毎に支払うものとする。

11 ボランティア行事用保険への加入について (体験コースのみ)

事業実施にあたって生じた申込者の傷害や事故については、(株)福祉保険サービス（全国社会福祉協議会）が取り扱う「ボランティア行事用保険」の範囲で補償する。

なお、ボランティア行事用保険は本会が加入することとし、申込者に費用負担は求めない。

1 2 その他

見学・体験実施前は、申込者自身で体調管理に十分注意すること。なお本会又は実施施設の判断により、延期・中止となる場合がある。

1 3 個人情報

- (1) 本事業において取得した個人情報は、本事業の運営及びセンターが実施する事業のみに利用することとし、「社会福祉法人茨城県社会福祉協議会個人情報保護規程」に基づき適正に管理する。
- (2) 申込者が実施施設において知り得た利用者等に関する情報については、口外してはならない。

1 4 申込先・問合せ

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 茨城県福祉人材センター
〒310-8586 水戸市千波町 1918 セキョウ・ウェルビーイング 福祉会館 2階
TEL 029-244-4544 FAX 029-244-4543
メール jinzaikakuho@ibaraki-welfare.or.jp
本会ホームページ <https://www.ibaraki-welfare.or.jp/>

<参考>

体験コースプログラム（例）

体験日	時 間	内 容
1日目	9:00 16:00	集合 ①オリエンテーション 施設概要や利用者との接し方、施設内のルール、一日の流れ等について ②施設見学 ③介護体験（施設職員の業務の見学も含む） （基本的な介護体験：各施設の実状に応じ、施設職員の指示により業務を体験する。） ・利用者様とのレクリエーション ・話し相手、見守り ・車椅子の操作、ベッドからの移乗 ・食事介助 ・トイレ介助 ・掃除、洗濯などの職員の補助業務 など ④施設職員との懇談 終了
2日目	9:00 16:00	①介護体験（施設職員の業務の見学も含む） （基本的な介護体験：各施設の実状に応じ、施設職員の指示により業務を体験する。）
3日目	9:00 16:00	①介護体験（施設職員の業務の見学も含む） （基本的な介護体験：各施設の実状に応じ、施設職員の指示により業務を体験する。） ②振り返り、施設職員との懇談 終了

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験 申込書



社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

下記にご記入いただきFAXまたは郵送,メールにて茨城県福祉人材センターへ提出してください。
 本会ホームページから様式をダウンロードできます。茨城県社協ホームページ▶福祉の仕事・研修▶イベント情報▶福祉・介護の職場見学・体験事業について▶様式第1号 令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験 申込書

茨城県福祉人材センター行 (FAX029-244-4543)

メールアドレス jinzaikakuho@ibaraki-welfare.or.jp

〒310-8586 水戸市千波町1918 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会内 茨城県福祉人材センター

		申込日		令和	年	月	日
(フリガナ)							
氏名						性別	男・女
生年月日	昭和	・	平成	年	月	日	年齢
住所	〒 ※郵便物が届くようにアパート・マンション名、部屋番号も省略せずに記入してください。						
連絡先	TEL・携帯電話				メールアドレス		
※学生の方は記入してください	学校名						年生
	緊急連絡先保護者氏名	TEL			本人との関係		
参加動機	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に興味・関心がある <input type="checkbox"/> その他						
体験を通して学びたいこと	<input type="checkbox"/> 施設の概要 <input type="checkbox"/> 仕事の内容 <input type="checkbox"/> 利用者について <input type="checkbox"/> その他 ()						
福祉・介護職歴の有無	有・無 年						
福祉分野での保有資格(該当するもの全て)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級を含む) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格なし						
見学・体験希望内容	・希望地域 () 県北 () 県央 () 鹿行 () 県南 () 県西 ※複数ある場合は希望順位を () 内に記入 ・具体的な希望市町村・希望分野があれば記入願います。 市町村名 () 希望分野 () ※デイサービス、特別養護老人ホーム等 ・別添『見学・体験施設一覧』から施設を指定する場合は番号及び施設名を記入してください。 施設名(番号: / 施設名:)						
希望コースと希望日 ※希望コースに☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 見学コース 第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()						
	<input type="checkbox"/> 体験コース 月 日 () ~ 月 日 () までの 日間 ※受け入れ施設側の事情により、ご希望にそえない場合もあります。						
誓約事項	私は、見学・体験で知りえた利用者に関する個人情報を外部に漏らさないこと、また、見学・体験期間中は、施設の指示に従うことを誓約します。 署名(自筆) _____						
保護者の同意書 (申込者が申込時17歳以下の場合は必ずご記入ください)	私は、上記の者が、福祉・介護職場見学・体験に参加することに同意します。 保護者氏名(自筆) _____						

- 本申込書は(写)は茨城県福祉人材センターより実施施設へ提出しますのでご了承ください。
 - 本申込書に記載された内容は、福祉・介護職場見学・体験及びセンターが実施する事業に関してのみ利用します。
 - 詳しくは茨城県社会福祉協議会のホームページを御覧ください。
- *注意) 職場見学・体験は無給です。

※茨城県福祉人材センター使用欄
 受付日 年 月 日 No. _____

様式第2号

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

(ふりがな)		(ふりがな)	
学校名	学校	担当者名	
		職名	
連絡先	メールアドレス (必須) @		
	所在地 〒		
	電話番号		FAX番号

見学・体験希望生徒人数 合計 名

	(ふりがな) 生徒氏名	学年	体験者住所 (市町村名)	希望地域・事業所名
①	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		
②	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		
③	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		
④	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		
⑤	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		

見学・体験希望期間

①	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
②	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
③	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
④	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
⑤	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間

ご要望・ご意見

*学校取りまとめ申込書(様式第2号)と申込書(様式第1号)を人数分添えて提出してください。(保護者の同意欄に署名のこと)

*受入れ事業所の都合により、希望者全員同施設での見学・体験が難しい場合がございます。

*事業所により、事前の健康診断・細菌検査が必要な場合がございますが、その際の費用は自己負担となります。

*本会又は実施施設の判断により、延期・中止となる場合がありますのでご了承ください。

様式第2号

< 記入例 >

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

令和6年 7月 1日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

(ふりがな) いばらきけんりつふくしこうとう	(ふりがな) じんざい たろう
学校名 茨城県立 福祉高等 学校	担当者名 人材 太郎
	職名 進路指導担当主任
連絡先	メールアドレス (必須) jinzaikakuho@ibaraki-welfare.or.jp
	所在地 〒310-8586 水戸市千波町1918
	電話番号 029-241-4544

見学・体験希望生徒合計 3 名

	(ふりがな) 生徒氏名	学年	体験者住所 (市町村名)	希望地域・事業所名
①	<input checked="" type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験 しのはら たかゆき 篠原 隆之	1 年	水戸市	水戸市
②	<input type="checkbox"/> 見学 <input checked="" type="checkbox"/> 体験 きつかわ まり 橘川 まり	1 年	ひたちなか市	水戸市、ひたちなか市
③	<input checked="" type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験 あざさき けい 岡崎 圭	2 年	東海村	ひたちなか市
④	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		
⑤	<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	年		

見学・体験希望期間

①	7月30日(火)～7月30日(火)までの(1)日間
②	8月6日(火)～8月8日(木)までの(3)日間
③	8月22日(木)～8月22日(木)までの(1)日間
④	月 日()～月 日()までの()日間
⑤	月 日()～月 日()までの()日間

ご要望・ご意見

*学校取りまとめ申込書(様式第2号)と申込書(様式第1号)を人数分添えて提出してください。(保護者の同意欄に署名のこと)

*受入れ事業所の都合により、希望者全員同施設での見学・体験が難しい場合がございます。

*事業所により、事前の健康診断・細菌検査が必要な場合がございますが、その際の費用は自己負担となります。

*本会又は実施施設の判断により、延期・中止となる場合がありますのでご了承ください。

(申込者氏名) 様
(※申込者が中・高等学校の場合は学校長) 様

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
常務理事兼事務局長 潮 田 勝 利

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業の決定について (通知)

この度は、職場見学・体験事業にお申し込みくださりまして、ありがとうございます。

さて、(申込年月日) 付けで申し込みがあった職場見学・体験事業につきましては、令和6年度職場見学・体験事業実施要項第9(3)の規定により、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

- 1 コース・実施日 見学・体験コース 月 日 () ～ 月 日 ()
- 2 実施施設
(施設名)
(所在地)
(電 話)
- 3 見学・体験内容
実施内容の詳細は実施施設に確認してください。
- 4 その他
 - (1) 本書が届いたら実施施設へ連絡し、持ち物、服装など必ず確認してください。
 - (2) 諸事情による職場見学・体験の辞退・変更は、実施日前日までに茨城県福祉人材センターに連絡願います。
 - (3) 添付した資料
 - ①職場見学・体験事業受入内容確認書写し
 - ②職場見学・体験事業参加における留意事項
 - ③終了報告書兼アンケート見学・体験日毎に事業所印を受領してください。

【問合わせ先】

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 茨城県福祉人材センター 担当：八木・大内
電 話：029-244-4544 FAX：029-244-4543

(申込者用)

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業 参加における留意事項

見学・体験実施にあたっては、次に掲げることを留意・順守し行動してください。

1 実施施設への連絡

実施施設の担当者に電話し、当日の集合時間、服装、持ち物、昼食（体験コースの方）等について、事前に確認してください。

当日、遅刻又は参加が困難となった場合は、実施施設と茨城県福祉人材センター（以下、「センター」という。）の両方に必ず連絡を入れてください。

2 体調管理

実施前及び実施期間中の体調管理には、十分注意してください。

なお、体調に不安がある場合は、センターに連絡を入れてください。

3 実施時の行動

実施期間中は、施設の方針や担当指導職員の指示により行動してください。また方針や指示が理解できない時は必ず質問し、不明のまま行動しないようにしてください。

4 利用者の人権の尊重

施設は利用者にとっての生活の場であることを十分に認識し、利用者の人権を最大限に尊重してください。

なお、利用者との関係は、担当指導員の指示による特別の場合を除き、公平で節度あるものとしてください。

5 個人情報を守る義務

職場見学・体験事業で知り得た利用者等の個人に関する情報は、実施中はもとより実施後においても、決して他に漏らさないでください。

6 緊急時の対応等

実施中に緊急の事態が発生した場合、又は判断に迷う事象が発生した場合は、自ら判断せず、施設の担当指導職員の指示に従うとともにセンターへ連絡してください。

なお、体験コースの方のみセンターがボランティア行事用保険に加入します。

【問合わせ先】

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 茨城県福祉人材センター 八木・大内
〒310-8586 水戸市千波町1918 セキョウ・ウェルビーイング福祉会館2階
電 話 029-244-4544 FAX 029-244-4543

様式第4号

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業 終了報告書兼アンケート

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

令和 年 月 日

氏名 _____

見学・体験実施施設名 _____

見学・体験期間： 月 日 () ~ 月 日 () 日間

見学・体験日実施担当者確認印

/	/	/	/	/

* 1日の体験終了時に事業所担当者に押印してもらってください。
(担当者の個人印可。)

* 該当するものに○をつけてください。

今後福祉の仕事に

- 1 従事したい又は検討中 2 まだわからない 3 従事したいと思わない

* 職場見学・体験事業を知ったきっかけをお知らせください。

- 1 茨城県社会福祉協議会ホームページ 2 ハローワーク 3 学校
4 新聞等 5 ポスター (場所)
6 チラシ (場所) 7 その他 ()

* 裏面の記入もお願いします。

*福祉の仕事を探すときに、重視することは何かお知らせください。[複数選択可]

- 1 休みの取りやすさ 2 休みが多い 3 給料の金額
4 人間関係 5 自宅からの距離 6 施設の方針
7 キャリアデザイン 8 その他 ()

*感想・疑問・質問等

※御記入いただいた感想につきましては、茨城県社会福祉協議会のホームページに掲載させていただくことがございます。

ホームページへの掲載について 承認する 承認しない

*茨城県福祉人材センターへの要望等

*福祉に関するイベント等で今後、参加してみたいものはありますか。

- 車いす操作・福祉用具体験 (✓を入れてください。複数選択可)
認知症についての講話・疑似体験
福祉職で実際に働いている方からのお話・交流会
高齢者疑似体験
福祉施設でのボランティア
その他 ()

御協力ありがとうございました。

福祉の仕事に関するご相談等がございましたら、お気軽に茨城県福祉人材センター（TEL029-244-4544）へお問合せください。

令和6年度福祉・介護の職場見学・体験事業 受入内容確認書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

下記のとおり福祉・介護の職場見学・体験事業の事業所として受入内容を通知します。

フリガナ		
法人名		
フリガナ		
受入施設・事業所名		
施設種別 (該当する種別1箇所に チェックを入れてください。)	<input type="checkbox"/> 1.介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 2.介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3.特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 4.有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 5.通所介護(老人デイサービス)	<input type="checkbox"/> 6.訪問介護 <input type="checkbox"/> 7.認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) <input type="checkbox"/> 8.その他 ()
フリガナ		
代表者職氏名	職	氏名
フリガナ		
担当者職氏名	職	氏名
フリガナ		
連絡先	〒	
	電話: ()	FAX: ()
	メールアドレス: @	
受入可能なコース	<input type="checkbox"/> 見学コース(2時間程度) <input type="checkbox"/> 体験コース(4~6時間程度)	
見学コース 受入対象者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 小学生(5・6年生) <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <small>※複数選択可</small>	
体験コース 受入対象者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 小学生(5・6年生) <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <small>※複数選択可</small>	
見学・体験 受入可能な曜日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> いつでも可	

空欄の記入と該当するものに☑をお願いします。

★次のページへ進んでください★

【見学・体験実施時の確認事項①】

項 目	内 容
体験者の 昼食	食事・弁当持参の可否(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否) 施設の昼食利用の可否(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否)(円) _____日前までに申込要 その他の経費(円, 内容)
交通手段	電 車: 線 駅下車 徒歩 分 バ ス: 行 停下車 徒歩 分 自家用車: 駐車場の利用(可 ・ 否)
その他 伝達事項	

【見学・体験実施時の確認事項②】

項 目	見学コース	体験コース
健康診断 (月以内の結果)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
細菌検査 (検便) (月以内の結果) <input type="checkbox"/> 赤痢 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> O-157	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
その他必要な検査があればご記入ください		

空欄の記入と該当するものに☑をお願いします。

- 本受入内容確認書は、茨城県福祉人材センターより職場見学・体験申込者へお渡しいたします。御了承ください。
- 本受入内容確認書に記載された内容は福祉・介護の職場見学・体験事業に関してのみ利用します。

様式第 6 号

茨社協第 号
令和 年 月 日

(受入施設の長) 様

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
常務理事兼事務局長 潮 田 勝 利

令和 6 年度 福祉・介護の職場見学・体験事業の決定について (通知)

本会の事業推進につきましては、日頃から御協力を賜り感謝申し上げます。
さて、本会で実施する職場見学・体験事業につきまして、下記の者より申し込みがありましたので、貴施設で見学・体験のお受け入れをいただきたく、お願い申し上げます。

記

1 見学・体験者氏名

2 見学・体験期日 月 日 () ~ 月 日 ()

3 見学・体験内容

体験内容は、申込者の希望を考慮し実施してください。

なお、受入内容確認書を見学・体験者あて送付しておりますので、伝達事項がある場合は、申込者に直接連絡をお願いいたします。

4 その他

(1) 申込書の写しを添付します。

(2) 諸事情により受け入れが困難となった場合は、実施日前日までに茨城県福祉人材センターに連絡願います。本会から申込者にその旨連絡いたします。

(3) 「令和 6 年度福祉・介護の職場見学・体験事業結果報告書兼請求書」(様式第 7 号) を同封いたしましたので、終了後に記載のうえ提出をお願いいたします。

様式第7号

令和6年度 福祉・介護の職場見学・体験事業 実施結果報告書兼請求書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

施設名 _____

代表者名 _____ 印

登録番号 _____

※登録番号には適格請求書発行事業者登録番号がある場合のみ
ご記入ください。

本施設において、下記のとおり職場見学・体験事業を実施したので報告します。
また、事業経費を下記のとおり請求します。

記

1 事業報告

人数 ① _____ 人 延実施日数 ② _____ 日

見学・体験者

	氏 名	コース	実 施 日	備 考
1		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
2		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
3		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
4		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
5		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
6		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
7		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	
8		<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 体験	月 日～ 月 日	

(1) 見学・体験者の主な感想（福祉の職場に対する印象等について）

--

※御記入いただいた感想につきましては、茨城県社会福祉協議会のソーシャル・ネットワーク・サービスに掲載させていただくことがございます。

掲載について 承認する 承認しない

(2) 施設側の感想（事業実施状況及び体験者受入の状況等について）

--

※御記入いただいた感想につきましては、茨城県社会福祉協議会のソーシャル・ネットワーク・サービスに掲載させていただくことがございます。

掲載について 承認する 承認しない

2 請求額 _____ 円 (税込)

内訳	1,500円 × ① 人 × ② 日		
税抜金額	円	10%消費税額	円

3 振込先

請求額の受領方法 口座振込払

金融機関コード・支店コード			
振込先金融機関		銀行・金庫	支店
振込 口座	預金種別	普通	当座 其他
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		