

「大阪府サービス管理責任者等研修」に係る受講料請求先変更願

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
理事長 行 松 英 明 様

法人・事業所名 _____

依 頼 者 _____ 印

私が、貴事業団より送付頂きました標記研修の受講料に係る請求書について、
宛名変更をしていただきたく、ご依頼申し上げます。

記

受講番号	
受講者名	
法人・会社名	
事業所・施設名	
連絡先	☎ — —
請求先記載宛名	
備考	

※ 84円切手を貼った返信用封筒と併せてご郵送ください。

以上