

「大阪府サービス管理責任者等研修」に係る受講料請求書の代表者印押印願

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、
貴法人の代表者印をご押印いただきたく、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	☎ — —
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