令和　年　月　日

振込先確認書について

ファシリテーター謝金は、研修等終了後にお振り込みさせていただきますが、事前にお振込先を確認させていただきたく、下段の振込書にお振り込み先をご記入の上、【入力フォーム】<https://yokohamashakyo.form.kintoneapp.com/public/r6facilitator>に添付してご提出ください。

また、個人名義の口座ではなく、法人・事業所等の口座への振り込みを希望される場合は、

ファシリテーター実施後１か月以内に請求書の提出をしてください。（その場合、こちらの用紙の提出は必要ありません。）

なお、振込先確認書にご記入いただいた情報は、謝金のお振り込み、源泉徴収票の提出のみに使用させていただき、目的以外に使用することはなく、本会にて適正に管理させていただきます。

社会福祉法人　横浜市社会福祉協議会

福祉保健研修交流センターウィリング横浜

電話:045(847)6674　FAX:045(847)6676

e-mail：jinzai@yokohamashakyo.jp

**振 込 先 確 認 書**

記入日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 銀行　　　　　　　　　支店 | | | | | | | | |
| 預金種目  普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　－ | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日  ※継続期間が２か月を超える会議の費用弁償源泉徴収支払いに際して必要となります。 | | | | | | | | |

※　口座名義がご本人氏名と異なる場合は、次にご署名ください。

お名前：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 年  　月　　日 |  | 年  　月　　日 |  | 年  　月　　日 |  | 年  　月　　日 |  |