別記第７号様式（第９条関係）

|  |
| --- |
|  　　 番　　　　　号 　　年　　月　　日　熊本県知事　　　　　　　　様 　 事業者（法人）住所 （補助事業者） 　 事業者（法人）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　 　年度熊本県障がい福祉従事者研修受講促進事業補助金実績報告書　　　年　　月　　日付け　第　　　号の交付決定通知に基づき、熊本県障がい福祉従事者研修受講促進事業を実施したので、熊本県補助金等交付規則第１３条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第９条の規定により、関係書類を添えてその実績を報告します。添付書類１　事業実績書２　所要額精算書３　収支精算書４　受講者の研修修了証の写し |