（様式第４号）

同行援護従業者養成研修

事業実績報告書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 法人の主たる　事務所の所在地 | 〒 |
| 法人名称及び　代表者職氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

次のとおり、　　　　年度の研修事業を実施しましたので、報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 研修事業の名称 |  |
| 研修実施年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 実施場所 |  |
| 修了者数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 備考 |  |

〔添付書類〕

１　同行援護従業者研修事業修了者名簿（様式第５号）

２　受講者出席簿の写し

３　事業収支決算(見込み)書の写し

４　使用したテキスト

５　写真（研修の様子を写したもの）

４　その他必要と認める書類

※　添付書類は、いずれも原本証明をして提出してください。