（様式8）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 事業実績報告書**

第　　　　　　号

令和　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

事業者 郵便番号

所 在 地

名　　称

代 表 者

担 当 者

電　　話

ファクス

Eメール

令和　　年　　月　　日付け　　第　　　　号で指定を受けた茨城県地域介護ヘルパー養成研修について，下記のとおり実施したので，要綱第7条の規定により報告します。

記

1　研修事業名称

2　研修実施場所

3　研修実施方法　　　通学　・　通信

4　研修実施期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　　日間）

5　修了者数

　　　　　　　　　名　（受講者　　名）

6　添付書類

(1)修了者名簿（様式9）

(2)研修事業収支決算書

（様式9）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 修了者名簿**

研修事業者名

修了者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 修了番号 | 修了年月日 | フリガナ  氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 郵便番号・住所 | 電話番号 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※欄が足りない場合は次ページに継続してください。

※本名簿は，実績報告書に添付するとともに，同様の事項を入力した電子データ（原則としてMicrosoft Excel形式）による提出もお願いします。

※修了者のなかに中学生が含まれる場合は，備考欄に中学校名及び学年を御記入ください。