

(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。