

徳島市介護職員等研修支援事業利用報告書

徳島市長殿

申請者	団体（事業所）名	
	代表者氏名	印
	住所	〒 —
	電話番号・FAX	
	担当者氏名 （職種/役職）	職種： 役職：

次のとおり事業の利用状況について報告します。

研修会開催日時	年 月 日（ 曜日） 時 分 ～ 時 分	
会場 （実施場所）	会場名	
	住所	
参加人数及び職種	参加人数： 人 主な職種（住民運営の通いの場実施団体は記入不要）：	
研修テーマ		
派遣講師	職種： 氏名：	
研修会の感想・ 本事業へのご意見・ ご要望があれば、 ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 大変良かった <input type="checkbox"/> 良かった <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 良くなかった <input type="checkbox"/> 問題があった	
	} 当てはまるものにチェックを入れてください 【感想・意見・要望等】	

※研修会実施後、10日以内にご報告ください。