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 |