（様式第４号）

強度行動障害支援者養成研修

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 |  |
| 実施場所 |  |
| 修了者数 |  |
| 備考 |  |

〔添付書類〕

１　修了者名簿（様式第５号）

２　受講者出席簿

３　事業実施年度における研修事業に係る収支決算書

※　添付書類は、いずれも原本証明をして提出してください。