様式第５号

宮城県障害者相談支援従事者研修事業実績報告書

文　書　番　号

年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　殿

住　　所

氏　　名

（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

　　年　　月　　日付け障第　　号で指定された宮城県障害者相談支援従事者研修事業について、　　年度の研修事業が終了しましたので下記のとおり報告します。

記

１　研修の名称等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の名称 | |  | | 研修課程 | |  | |
| 実施場所（講義を通信の方法で  行う場合にあっては、対象地域） | | | |  | | | |
| 通学・通信の別 | |  | | | | | |
|  | 開講年月日 | | 申込者数 | | 受講者数 | | 修了者数 |
| 第　回 |  | |  | |  | |  |
| 第　回 |  | |  | |  | |  |
| 第　回 |  | |  | |  | |  |
| 合　　　計 | | |  | |  | |  |

２　研修修了の認定方法

３　添付書類

（１）　受講者の出席状況が分かる書類

（２）　修了者名簿（別紙）（書面及び電子記録媒体）

（３）　当該年度の収支決算書