様式７（事業所→滋賀県介護･福祉人材センター）

助成金付き かいご・ふくし職場体験事業 実施報告書

年　　月　　日

滋賀の縁創造実践センター
　社会福祉法人滋賀県社会福祉協議会　会長　様

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

滋賀県介護・福祉人材センターからの依頼に基づき、下記のとおり「助成金付き かいご・ふくし職場体験事業」を実施したことを報告します。

記

実施内容

体験者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	体験日	担当印	備　考 ※　オンラインのプログラムなどにより在宅で完結した日など
1	R　　年　　月　　日	印	
2	R　　年　　月　　日	印	
3	R　　年　　月　　日	印	
4	R　　年　　月　　日	印	
5	R　　年　　月　　日	印	

※　本様式は体験者ごとに使用してください。

※　本助成金のうち交通費分 2,500 円を超過した場合は、本会より貴施設に超過分を請求【様式８】いたしますので、請求書受け取り後、速やかに本会指定口座あてにお振込みください。