（様式第７号）

年　　月　　日

　高知県知事　様

所　在　地（主たる事務所の所在地）

氏　　名（法人名）

（代表者氏名）理事長

連　絡　先

福祉用具専門相談員指定講習会事業実績報告書

　年　月　日付けで福祉用具専門相談員指定講習会として指定を受けた（講習会名）について、下記のとおり実施しましたので、「高知県福祉用具専門相談員指定講習会指定事務等実施要綱」に基づき事業実績報告書及び講習会修了者名簿を提出します。

記

１　講習会名　　　　　○○年度　第○回（講習会名）

２　開催日時　　　　　　年　月　日　～　　月　日（○日間）

３　開催場所　　　　　○○県○○市・・・・

４　講習会受講者数　○○名（予定○○名）

５　講習会修了者数　○○名（うち過去の未修了者○○名）

添付書類：

（１）講習課程（カリキュラム）（様式第１－２号）

（２）講習会時間割（様式第１－５号）

（３）担当講師一覧（様式第６－２号）

（４）収支決算書

（５）その他必要書類

※なお、福祉用具専門相談員指定講習会修了者名簿（様式第７－２号）も併せて提出すること

（様式第７－２号）

高知県福祉用具専門相談員指定講習会修了者名簿

実施年度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

事業者所在地

代表者名

担当者名

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 性別 | 生年月日（西暦） | 住所 | 電話番号 | 修了年月日（西暦） | 修了証明書の番号 | 受講者確認印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |