

記入例

様式第10号

埼玉県介護員養成研修事業報告書

発番は法人等の任意番号

発番〇〇〇〇号
令和4年4月1日

(あて先)
埼玉県知事

指定を受けた法人等の所在地、事業者名を記載してください

事業者所在地 埼玉県さいたま市浦和区高砂
3-15-1

事業者名 株式会社こぼとん
代表者職・氏名 代表取締役社長 埼玉こぼとん

指定を受けた年月日、指定福祉事務所及び指定番号を記入してください

令和4年3月1日付け〇〇第〇〇号で指定された（埼玉県介護職員初任者研修事業（通学・通信）課程・埼玉県生活援助従事者研修課程）の修了について下記のとおり報告します。

記

- 1 実施課程 通学・通信
- 2 実施期間 平成30年4月1日から平成31年3月31日まで
- 3 会場(講義・演習・見学等実習)
講義 さいたま会場（さいたま市浦和区高砂3-15-1）
演習 さいたま会場（さいたま市浦和区高砂3-15-1）
見学等 特別養護老人ホームよしみん（吉見町よしみん1-1-1）
- 4 定員 40名
- 5 受講者及び修了者（修了者については、様式第9号-1「埼玉県介護職員初任者研修修了者名簿」又は様式第9号-2「埼玉県生活援助従事者研修修了者名簿」を必ず添付すること）
受講者 35名
修了者 32名
補講が予定されている者 3名

<担当者連絡先>

担当部署 研修部

担当者名 埼玉 こぼ子

電話番号 048-111-1111

FAX番号 048-111-1112

メールアドレス akobakoa@saitam

担当者連絡先は必ず記入してください。