様式７

令和　年　月　日

兵庫県知事　様

　　　 　　　　　 　　　講習実施者　 住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　 　　団体名（法人名)

　　　　　　　　　　　　 　　 代表者名（職･氏名)

　　 電話（　　　）　　－　　　番

　　電子ﾒｰﾙ

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業報告書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、下記のとおり講習事業を実施しましたので、関係書類を添えて実績を報告します。

記

１　講習事業の内容

（１）講習の名称

（２）講習事業の開催日時

（３）講習事業の開催場所

（４）講習事業の受講者数

（５）講習事業の修了者数

２　添付書類

（１）講習課程（カリキュラム）（様式１－２）

（２）事業実施年度の収支決算書（様式１－６）

（３）講習ごとの時間割表（様式３－３）

（４）兵庫県福祉用具専門相談員指定講習修了者名簿（様式６）