

様式 7 (事業所→滋賀県介護・福祉人材センター)

かいご・ふくし助成金付きインターンシップ事業 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「かいご・ふくし助成金付きインターンシップ事業」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。