|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 受講者名 |  |

研修実施報告書

様式４

|  |  |
| --- | --- |
| １　日　時 |  |
| ２　会　場 |  |
| ３　対象者及び参加者数 |  |
| ４　テーマ |  |
| ５　実施内容（実施方法、講師等） |  |
| ６　予算執行状況 | 円 |
| ７　評価結果（研修によって得られた効果含む） |  |
| ８　課題及び課題解決に向けた今後の取り組み |  |

※研修に使用した資料等提供いただける場合は、添付をお願いします。

提出先：新潟県高齢福祉保健課在宅福祉係　FAX025-280-5229

提出期限：平成31年1月末日必着