

様式第6号（第9条関係）

富良野市介護人材育成支援事業完了報告書

年 月 日

（宛先）富良野市長

（申請者） 住 所

法人名

代表者職・氏名

電話番号

富良野市介護人材育成支援事業助成金交付要綱第9条の規定により、次のとおり報告します。

| | | | | |
|--------------|-----------------|-------|-------|-------|
| 研修実施事業者 | 名称： 住所： | | | |
| 事業の 経費精算額 | 計 画 額 | 円 | 確 定 額 | 円 |
| 助 成 金 の 額 | 既に承認を受 けている額 | 円 | 確定見込額 | 円 |
| 開 始 ・ 終 了 日 | 開始 | 年 月 日 | 修了 | 年 月 日 |
| 事業の成果 | | | | |
| 摘要 | | | | |