様式第５号

宮城県認知症介護基礎研修事業実績報告書

年　　月　　日

　宮城県知事　様

申請者　　所在地

名称

代表者職・氏名

担当者氏名

電話番号

指定法人番号

　　年度に実施した宮城県認知症介護基礎研修が終了しましたので、宮城県認知症介護基礎研修事業者指定実施要領第９条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 実施方法 | 受講者数(人) | 修了者数(人) |
| 認知症介護基礎研修 |  |  |  |

添付書類

（１）基礎研修等の収支決算書

（２）その他知事が必要と認める書類