



年 月 日

佐賀県知事 様

法人の所在地  
法人の名称  
代表者 ㊟

介護雇用プログラム（社会福祉人材育成事業）実施報告書

介護雇用プログラム（社会福祉人材育成事業）実施要綱に基づき、下記のとおり事業を実施したことを報告します。

記

実施研修	1.介護職員基礎研修課程 2.訪問介護員養成研修1級課程 ※1~3のうちから選択【必須】 3.訪問介護員養成研修2級課程 4.その他（ ）			
	名称			
受入施設・事業所	所在地	〒		
	種別			
雇用者	氏名			
	生年月日		性別	男・女
	雇用期間	年 月 日	～	年 月 日
指導担当者	職：	氏名：	資格：	
養成講座の受講実績	講座名			
	受講期間	年 月 日	～	年 月 日
		コース	通学・通信 (いずれかに○印)	

※支出状況報告

	金額	内 訳
人件費	円	
給与	円	
諸手当	円	
法定福利費	円	
教育訓練費	円	
指導管理費	円	
その他	円	
小計	円	
消費税	円	
合計	円	

※添付書類 ～ 人件費に係る支出証拠書類（写）、勤務状況が確認できる書類（写）、養成講座の修了証明書（写）

※受入施設・事業所又は雇用者が複数ある場合は、必要事項を記載した一覧を添付してください。



年 月 日

佐賀県知事 様

法人の所在地  
法人の名称  
代表者 ㊟

介護雇用プログラム（社会福祉人材育成事業）実施報告書

介護雇用プログラム（社会福祉人材育成事業）実施要綱に基づき、下記のとおり事業を実施したことを報告します。

記

実施研修	1.介護職員基礎研修課程 2.訪問介護員養成研修1級課程 ※1~3のうちから選択【必須】 3.訪問介護員養成研修2級課程 4.その他（ ）			
	名称			
受入施設・事業所	所在地	〒		
	種別			
雇用者	氏名			
	生年月日		性別	男・女
	雇用期間	年 月 日	～	年 月 日
指導担当者	職：	氏名：	資格：	
養成講座の受講実績	講座名			
	受講期間	年 月 日	～	年 月 日
		コース	通学・通信 (いずれかに○印)	

※人件費に係る支出状況報告

	金額	内 訳
人件費	円	
給与	円	
諸手当	円	
法定福利費	円	

※添付書類 ～ 人件費に係る支出証拠書類（写）、勤務状況が確認できる書類（写）、養成講座の修了証明書（写）

※受入施設・事業所又は雇用者が複数ある場合は、必要事項を記載した一覧を添付してください。