

令和8年 月 日

一般社団法人
茨城県心身障害者福祉協会
会長 檜山 太一 様

所属事業所名_____

受講者名_____⑩

受講番号_____

受講コース ☐ 5日間コース

令和7年度茨城県サービス管理責任者等研修（基礎研修）追加募集
受講資格取得研修分レポートの提出について

私は、本研修の講義動画を全て視聴いたしましたので、添付のレポート一式を提出いたします。

なお、提出するレポートの内容は、管理者が確認しております。

【管理者記名押印欄】

上記研修受講者が提出するレポートの内容を確認いたしました。

管理者名_____⑩