**（様式４）**

**大阪民間社会福祉事業振興基金**

**令和５年度「アウトリーチ型研修」完了報告書**

令和　　 年　　月　　日

社会福祉法人　大阪府社会福祉協議会　会長　様

（ユニット代表法人施設）

　申請団体名

　　　　　　　　 代表者

標記の助成事業について、下記のとおり完了報告します。

助成金額　　　　　　　　　円

うち支出額　　　　　　　　円

残　　額　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．研修名 |  | | | |
| ２．日　時 |  | | | |
| ３．場　所 |  | | | |
| ４．参加者数 |  | | | |
| ５．事業の概要  ※（資料提出のお願い）  研修に関連するテキスト、レジュメ等資料を郵送またはメールにて送付してください。 |  | | | |
| ６．連絡先  ※必ずご記入ください。 | 施設名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  | | |
| 担当者名  (フリガナ) |  | | |

※事業の精算書を必ず添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 受付№（　　　　　） | 受付日　令和　　 年　　 月　　 日 |