別紙様式２

報　告　書

令和　 年 　 月 　日

岩手県保健福祉部長寿社会課総括課長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 団体名 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電　話 |  |

下記のとおり報告します。

記

１　研修名及び使用場所等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 研修名 | 使用場所 | 視聴した人数 | 備考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

　※個人で視聴した場合は、「研修名」については記載不要です。

２　感想・意見等