（様式第２－１号）

平成　　年　　月　　日

　社会福祉法人　福島県社会福祉協議会

　　会長　瀬谷　俊雄　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　 印

業　務　実　施　計　画　書

平成　　年　 月　 日付けで実施機関の承諾をした、福島県喀痰吸引等実地研修

（不特定多数の者対象）について下記により実施します。

記

１　添付書類

（1）実地研修実施体制確認表（様式２－２）　**※確認資料を添付のこと**

（2）業務計画書（様式２－３）

（3）その他参考となる資料