（様式第３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

業務完了報告書

　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）について下記のとおり完了しましたので報告します。

記

１　事業開始年月日

２　事業完了年月日