

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

派遣専門職 所属団体 _____
住 所 _____
氏 名 _____ 印

島原地域広域市町村圏組合地域リハビリテーション
活動支援事業実施報告書（派遣専門職用）

下記のとおり実施しましたので報告します。

団体・ グループ名				
実施日	実施日	講師名	参加人数	場所
講師名				
参加人数	月 日			
場所				
内容				

※実施の様子が分かる写真を添付してください

謝礼金振込口座

銀行名	支店名	種別	口座番号
フリガナ 名義			

* 専門職本人名義の口座をご記入ください。所属団体の名義の場合は委任状が必要です。