

派遣番号

### 職場研修サポート事業 実施報告書

島根県福祉人材センター行き  
標記事業について、下記のとおり報告します。

事業所所在地

施設・事業所名

※必須

担当者の職種・氏名

今回の研修についてご記入ください。

研修実施日	月	日( )	時	～	時
研修科目名	プログラム NO,				
研修の内容(具体的にお書きください。)					
受講者の職種・人数					人数 人
講師所属団体・講師名					
ご紹介した講師は目的に応じた講師でしたか？	1、はい	2、いいえ	3、どちらともいえない		
	◆何故そう思いましたか？				

今後の事業の参考にさせて頂くためにご記入ください

あなたの事業所では、年間どの程度研修を行っていますか？(職場研修サポートでの研修以外で)回数・内容等わかる範囲でお答えください。	
あなたの事業所に専任の研修担当者はいますか？ また、研修委員会等がありますか？	
今回研修担当者として負担だと思った点を、いくつか挙げてください。	
今後「職場研修サポート事業」で、希望するテーマはありますか？	プログラム NO,
プログラム以外で実施してほしいテーマがあればお書きください。	詳しい内容等
その他「職場研修サポート事業」に関するご意見ご要望などご自由に記載してください。	