令和　年　月　日

一般財団法人篠原欣子記念財団　御中

研修受講報告書

研修費用助成に基づく助成事項（研修）を実施・完了しましたので、以下のとおり報告します。

**１．助成事項**

〔助成対象法人・研修受講施設および助成事項〕

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 研修受講施設名 |  |
| 研修テーマ  研修名称 | リスクマネジメント系研修 ヘルスケア系研修 スキルアップ系研修 |

**２．実施報告**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施業者（個人契約の場合講師名） |  |
| 上記所在地 |  |
| 研修の形式 | 集合研修（施設内） 集合研修（施設外） 講師派遣型（施設内）  オンライン研修　　　　 　その他（　　　　　　　　） |
| 研修実施場所 |  |
| 研修概要 |  |
| 研修報告  （気づき、効果、得られた事、職員に期待する事、課題　等） |  |
| その他報告  （当財団法人に伝えたい事、感想、等） |  |

**３．助成金給付金額の確認**

|  |  |
| --- | --- |
| 助成給付金額上限額(税込) | 円 |

※篠原欣子記念財団より提示された助成給付金額上限額（税込）をここに記載してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費用総額  (税込) ① | 円 | 領収書に記載された金額＝会場費、交通費等を含む総額を記入 |
| 除外金額  (税込) ② | 円 | 上記①から除外するものがある場合  （↓の欄でチェック/その他選択時は内容を記入） |
| 除外金額の内容（内訳） | 助成上限超過分　交通費　宿泊費　食事代　交流会費  その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 助成金給付金額  (税込) ①－② | **円** | 助成給付金額上限額(税込)未満の場合は、  実費分(税込)を記入 |

**４．報告者および連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 役職名 |  |
| 電話 |  | | |
| E-mail |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考（通信欄） |  |

※データを保存する際、ファイル名の冒頭【　　】内に法人名を記入のうえ保存してください。