（様式６）

第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

公益社団法人新潟県看護協会

会長　奥村　麗子

受託者　　　　　　　　　　　印

平成２９年度看護職員再就職支援セミナーの実績について（報告）

　平成　　年　　月　　日付で締結した委託契約に基づく標記事業について、事業を完了したので、委託契約書第３条の規定に基づき、関係書類を添えて報告します。

記

１　委託料精算額　　　金　　　　　　　　　　円

２　収支精算書　　　　様式７のとおり

３　実績報告書　　　 様式８のとおり

（様式７）

平成２９年看護職員再就職支援セミナー収支精算書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受託者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　受託施設名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　－　　　　－

　　内　訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科　　目 | 参加人数（人） | 金額（円） | 備　　考 |
| 実　　習　　費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

（様式８）

平成２９年度再就職支援セミナー実績報告書

１　事業の責任者及び講師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 役　職 | 氏　名 | 備　考 |
| 責任者 |  |  |  |
| 講師 |  |  |  |
| 講師 |  |  |  |
| 講師 |  |  |  |
| 講師 |  |  |  |

２　セミナー参加実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施月日 | 参　加　者　数 | 備　　考 |
| 月　日  　　月　日  　　月　日 |  |  |
|  | 計　　　　　人 |  |

（様式９）

平成２９年度看護職員再就職支援セミナー開催事業委託料請求書

金　　　　　　　　　　円

　委託契約書第４条第２項の規定により、上記のとおり請求します。

　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　受託者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　受託者名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 振込先　　　　　　　　銀行・郵便局  本支店名  口座種類　普通預金　・　当座預金  口座番号　№  口座名義  （ﾌﾘｶﾞﾅ）  　名義 |

公益社団法人新潟県看護協会

会長　奥村　麗子