様式第２号

福岡県ワンヘルスマスター紹介事業

学習会等実績報告書

年　　月　　日

福岡県知事　殿

団体名

代表者職

氏名

福岡県ワンヘルスマスター紹介事業実施要綱第８条の規定により、学習会等の実績を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 学習会等の名称 |  |
| 開催年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日　（　　） |
| 行事の開催時間 | 　　　　　～ |
| 講師の講演時間 | 　　　　　～　　　　 |
| 開催場所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 受講対象者 |  |
| 受講者数 |  |
| 講師氏名 |  |
| テーマ等 |  |
| 担当者 | 部署・役職 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 電話 |  |
| E-mail |  |
| 備考 |  |

※参考となる資料があれば添付してください。