様式第５号

群馬県地域再犯防止推進講師派遣事業　結果通知書

令和　年　月　　日

群馬県健康福祉部福祉局地域福祉課長　殿

主催者住所

主催者名称

代表者氏名

担当者氏名

（電話、E-Mail）

　群馬県地域再犯防止推進講師派遣事業要綱第５条の規定により、次のとおり研修会等の実施結果を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会等の名称 |  |
| 実施日時 | 令和○年○月○日　○時○分～○時○分 |
| 講師氏名 |  |
| 実施場所 | （住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講者数 |  |
| 研修会等の成果 |  |

※研修資料、アンケートや写真等、当日の様子がわかる資料を添付してください。