令和７年　　月　　日

川西市介護保険課　あて

法人名：

代表者職・氏名：

令和７年度介護度改善インセンティブ事業に係る

ADL評価研修動画視聴完了報告書

標記の件につきまして、以下の事業所において動画の視聴を完了したことを報告いたします。

記

事業所名：

担当者氏名：

電話番号：

メールアドレス：